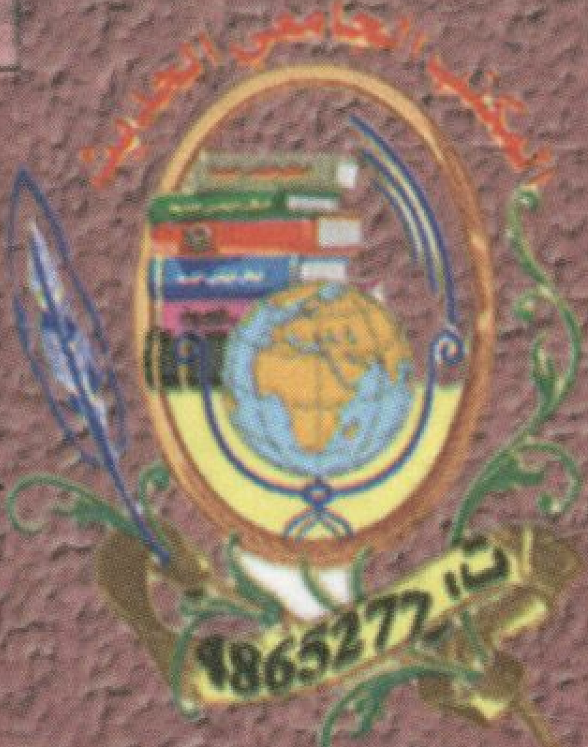
فاعلية برنامج سلوكى

فى تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الإنتباه وفرط النشاط الحركى

الدكتور

ليلى يوسف كريم المرسومى



فاعلية برنامج سلوكي

في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي

دكتورة

ليلى يوسف كريم المرسومي

كلية التربية- جامعة تعز

2011



رقم الإيداع : 2010/22425

الترقيم الدولي 6-203-438-977-978

بسم الله الرحمن الرحيم

" مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ "

صدق الله العظيم النحل (97)

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى اله وصحبه أجمعين ومن اهتدى بهداه إلى يوم الدين وبعد.

اشكر الله عز وجل واحمده حمداً كثيراً يليق بجلال سلطانه وعظيم قدره على جميع نعمه علي ومنحي القدرة على انجاز هذا البحث.

ثم أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذي الفاضل **الدكتور قبيل كودي حسين** لفضل علمه وكريم عطائه وما خصني به من رأي سديد وفكر منير وجهد غير محدود فقد تابعني في رحلة البحث بحنو الأب وصبر العالم وأخلاق المربي.

وأتقدم بخالص الشكر وجزيل العرفان والامتنان إلى أستاذتي الفاضلة **الدكتورة خديجة احمد السياغي** لما وفرت لي من جهد ووقت وتوجيهات قيمة وآراء علمية سديدة في إتمام هذا البحث.

وأتقدم بالشكر الوافر والعرفان بالجميل إلى زوجي ورفيق دربي **الدكتور حيدر إبراهيم العطار** لما بذله من جهد في متابعة خطوات البحث، وحثه المستمر لي على انجازه.

واشكر أستاذي الدكتور **محمد عبد الله الصوفي** رئيس جامعة تعز على الآراء العلمية السديدة التي قدمها لي عند تحكيم أدوات البحث ولما منحني من فرصة لاستكمال دراستي للدكتوراه في جامعة تعز التي تشرفت في التدريس والدراسة فيها.

واشكر زملائي الأعزاء في قسم علم النفس التربوي الذين لم يبخلوا علي في علمهم وآرائهم السديدة في تحكيم أدوات البحث والمناقشات العلمية في موضوع البحث. وفي مقدمتهم **الأستاذ الدكتور نبيل سفيان، والأستاذ الدكتور احمد الأميري، والدكتور صادق المخلافي.**

وشكري الوافر لزميلاتي في الدراسة لما قدموه لي من آراء وملاحظــات علمية. واخص بالذكر منهم أختي وزميلتي **الدكتورة نبيلة عبد الكريم الــشرجبي** جهودها الطيبة في مساندة البحث.

وأسجل شكري وتقديري إلى **الأستاذ الدكتور سند عبد المنعم** في قسم اللغة الانجليزية على مراجعته العلمية فيما يتعلق بالترجمة من المراجــع الانجليزيــة. ولأخي **الدكتور جاسم الدليمي** في قسم اللغة العربية لمراجعته اللغوية للبحث.

وأتقدم بالشكر الجزيل إلى جميع **مديرات ومربيات الرياض** في مدينة تعــز لما قدموا لي من تسهيل في مهمتي العلمية خلال عمليــة التــشخيص للأطفــال المضطربين، وتطبيق البرنامج.

ولأطفالي **(عبد الله، ومحمد، وإبراهيم)** خالص حبي وحناني لصبرهم عليّ وانشغالي عنهم بموضوع البحث.

المقدمة

يعد اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي من الاضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، ويتضمن هذا الاضطراب أعراضاً أساسية تتمثل بتشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية. ومجموعة من الأعراض الثانوية المصاحبة له.

يهدف البحث الحالي إلى:-

1- تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.
2- إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
3- تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
4- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لمتغير النوع (ذكور- إناث).
5- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة (القياس المرجأ بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، وتبعاً لنوعهم (ذكور- إناث).

شملت عينة البحث لأغراض تطبيق برنامج تعديل السلوك والتعرف إلى فاعليته من (22) طفلاً وطفلة منهم (15) ذكراً و(7) إناث مثلوا عينة الأطفال المضطربين يتوزعون بين (6) روضات تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة من بين مجموع الروضات البالغ عددها (34) روضة حكومية وأهلية شخص فيها الأطفال المضطربين. وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة اشتملت كل منها على (11) طفلاً وطفلة توزعت بين (3) روضات.

قامت الباحثة بإعداد الأدوات الآتية:

1- مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لأطفال الروضة بصورتيه (المدرسية، والمنزلية).

3- البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

لغرض تحقيق أهداف البحث استخدمت بعض الوسائل الإحصائية كمعادلة فشر لاستخراج الوسط المرجح والأوزان المئوية، واختبار مان وتني اللابارامتري للمجموعات المستقلة، واختبار ولكوكسن اللابارامتري للمجموعات المترابطة.

أسفرت نتائج البحث عما يأتي:

1- أن نسبة الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط بلغت (6.45%) من مجموع أطفال مجتمع البحث البالغ (1983) طفلاً وطفلة. وأن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل حوالي (4-1%) من نسبة الإناث المضطربات.

2- يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي.

3- يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.

4- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي.

5- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج السلوكي ودرجاتهم في التطبيق المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة.

6- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر.

وقد خرج البحث بمجموعة من التوصيات المستمدة من نتائجه منها:-

1- أن تتبنى وزارة التربية والتعليم مهمة رعاية الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في رياض الأطفال بمدينة تعز وذلك من خلال أنشاء مجموعة دعم تعمل على تقديم برامج تعليمية وتشخيصية متخصصة بالتنسيق مع جهات طبية، وتربوية حكومية وخاصة.

2- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربيات في الروضة ومدارس التعليم الأساسي على استخدام البرنامج السلوكي لخفض الاضطراب في تعديل سلوك الأطفال المضطربين.

3- أن تقوم إدارة الروضة تنظيم اجتماعات دورية لأولياء الأمور والمربيات في الروضة لدعمهم معنوياً وإعطائهم الفرصة الكافية لتبادل الخبرات والمهارات وأساليب التواصل المناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب داخل وخارج الروضة والمنزل.

وقد خرج البحث بمجموعة من المقترحات لإجراء دراسات ذات العلاقة بموضوعه.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

- مقدمة البحث.
- مشكلة البحث.
- أهمية البحث والحاجة إليه.
- أهداف البحث.
- حدود البحث.
- تحديد مصطلحات البحث.

أولاً:مقدمة البحث.

تعد الاضطرابات النمائية والسلوكية من أهم العوامل المؤثرة في النمو السوي للطفل لما لها من آثار سلبية على علاقاته الاجتماعية بالأفراد المحيطين به، وعلى تكيفه مع المجتمع، و على تحصيله الدراسي فيما بعد. ومن هذه الاضطرابات اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط * Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) .

ورغم أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال، لكنه لم يشخص بشكل دقيق إلا في بداية الثمانينيات من القرن الماضي، إذ كان يشخص قبل ذلك على انه: إما ضعف في القدرة على التعلم، أوانه خلل بسيط في وظائف الدماغ، أو إصابة بسيطة في المخ، أو انه نشاط حركي مفرط (APA,1980:216).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994) (DSM-IV)إلى وجود ثلاثة أنماط من هذا الاضطراب يمثل النمط الأول منه تشتت في الانتباه (Inattention) بدون فرط النشاط، ويتمثل النمط الثاني النشاط المفرط/ الاندفاعية (Hyperactivity/Impulsivity) دون قصور الانتباه. بينما يشتمل النمط الثالث على النمطين السابقين معاً ليمثل بذلك نمطاً مختلطاً جديداً تحت مسمى تشتت الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (APA,1994:377).

إن الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه يظهر لديهم قصور في معظم جوانب عملية الانتباه وضعف في القدرة على الاحتفاظ به مما يؤدي إلى ظهور مشكلات في المنزل والروضة وفي أماكن أخرى. ويظهر ضعف الانتباه في مظاهر سلوكية متعددة منها زمن الانتباه القصير، وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه، والانتباه الانتقائي لمثيرات معينة، إضافة إلى القابلية للذهول وصرف الانتباه (السطحية ، 2005: 3).

أما النشاط المفرط وهو مظهر آخر من مظاهر هذا الاضطراب فيبرز بشكل سلوك غير ملائم وغير موجه نحو هدف محدد عند الطفل المضطرب مقارنة بنشاط

---

* لغرض عدم تكرار اسم الاضطراب في البحث باستمرار سيتم الاستعانة بمصطلحات (الاضطراب) للدلالة على اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط فقط ، أو(الطفل المضطرب) للدلالة على الطفل أو الأطفال المضطربين به.

الطفل العادي الذي تتسم فعالياته بأنها هادفة ومنتجه. فهو يلعب بهدوء ويتصرف تصرفات طبيعية وملائمة وهذا ما يطلق عليه النشاط الطبيعي. لكن الطفل المضطرب يعد مضطرباً لما يصدر عنه من سلوك وتصرفات تثير المشكلات حتى ولو كان نشاطه لا يزيد عن نشاط الطفل الطبيعي (الشربيني وصادق،2003: 346). ويعد مستوى النشاط من العوامل المهمة في تحديد الاضطراب فضلاً عن عوامل أخرى لا تقل أهمية عنه فهو غير قادر السيطرة على نفسه وغالباً ما يكون مصدر إزعاج، ولا يسمع لنصائح وتوجيهات لمن هو اكبر منه، ودائم الحركة في كل مكان، ولابد من الانتباه له سواء من الآباء أو المعلمين. وعندما يلتحق الطفل بالروضة أو المدرسة ويطالب بالاستقرار والالتزام بالنظام والقيام ببعض المهام التي تتطلب الهدوء والتركيز والتحكم بالسلوك يصبح من السهل عند ذلك تشخيص سلوكه إن كان طبيعياً أو مضطرباً مقارنة بالأطفال الآخرين (احمد،2004: 38). ومن المؤشرات العملية لمعرفة الطفل المضطرب تلك التقارير المتكررة عن سلوكه غير المستقر، وعن حركته الدائمة في المكان، وتسلقه الجدران في مواقف مختلفة، وتكرر فشله في إتمام المهمات التي يكلف بها على الرغم من شدة نشاطه (شيفر وملمان ، 1989: 7).

كما تعد الاندفاعية مظهراً آخراً لهذا الاضطراب حيث تبدو في عدم القدرة على تأجيل الاستجابة، والفشل في التعرف إلى عواقب السلوك، وفي تأجيل الإشباع، وصعوبة ضبط الذات، وتوجيه السلوك وفقاً للأوضاع والمواقف المتنوعة (عبد الله ، 2000: 27).

وتشير الأدبيات أيضاً إلى مجموعة من الأعراض الثانوية الأخرى التي قد تصاحب هذا الاضطراب منها ضعف العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ومشكلات في التواصل، وتدني في مفهوم الذات، وكثرة الشجار، وعدم التعاون، والسلوك العدواني وغيرها (الطالب ، 1987: 23-33) (البحيري وعجلان ،1997: 6) (سيسالم ،2001: 29-38) (شقير،2002: 75).

ويرى المختصون أن أسباب هذا الاضطراب قد تعود إلى عوامل وراثية، وبيولوجية خلال فترة الحمل، أو إلى عوامل نفسية اجتماعية مرتبطة بالأسرة وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة كالرفض والإهمال، أوعوامل بيئية تتعلق بالتعرض للحوادث أو

التسمم بمادة الرصاص، أو تناول الأغذية التي تحتوي على المواد الحافظة أو السكريات المركزة (الخشرمي ،2004 : 85-87).

ويتضح هذا الاضطراب لدى بعض الأطفال في مرحلة ماقبل المدرسة، وفي السنوات الدراسية الأولى، حيث يلاحظ على هؤلاء الأطفال أنهم غير قادرين على التحكم في سلوكهم وفي تركيز انتباههم بدرجة مناسبة للمثيرات التي تتطلب الانتباه في المواقف المختلفة وقد قدر عدد هؤلاء الأطفال بين (3-5%) من مجموع الأطفال (NIMH,2006:1).

ويقدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-III-RT,1987) إلى أن حوالي ما يقرب من نصف الحالات يبدأ فيها الاضطراب قبل سن الرابعة (APA,1987:310).

وللتخفيف من معاناة الطفل المضطرب التي يمتد تأثيرها إلى الأسرة والمدرسة ظهرت أساليب وتدخلات علاجية متنوعة تستخدم لخفض مظاهر هذا الاضطراب عند الأطفال منها: العلاج الدوائي، والعلاج بإتباع أنظمة غذائية معينة، والعلاج النفسي، والعلاج الأسري، والعلاج التربوي، والسلوكي، والسلوكي المعرفي.

وعلى الرغم من شيوع استخدام العلاج الدوائي للتخفيف من حدة الاضطراب عند الأطفال وظهور فعاليته على المدى القريب إلا أن له آثاراً سلبية وجانبية على المدى البعيد لنمو الطفل، وقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن مابين (33-67%) من آباء الأطفال المضطربين في مرحلة ماقبل المدرسة يفضلون عدم مواصلة هذا النوع من العلاج نتيجة هذه الآثار (ريزو وزابل ج1، 1999 : 473) (ميركولينو وآخرون، 2000: 319).

ويرى المختصون أن العلاج النفسي الذي يتضمن (العلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي) هو العلاج الأكثر فعالية والأقل ضرراً على الطفل. حيث أشارت الجمعية القومية للأخصائيين النفسيين في مدارس الولايات المتحدة الأمريكية إلى انه يجب تجنب التفكير بالعلاج الدوائي إلا بعد إجراء عدد من التدخلات السلوكية المناسبة سواء في المنزل أو المدرسة ولفترة زمنية معقولة (محمد،2004: 230).

ويعد العلاج السلوكي من الأساليب الفعالة في تعديل سلوك الأطفال المضطربين في عمر الروضة والذي يعتمد على مبادئ وتطبيقات النظرية السلوكية التي ترى أن معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب، وإن السلوك غير السوي لا يختلف بطريقة تعلمه عن السلوك السوي، وإن السلوك المدعم يقوى ويتكرر بينما السلوك غير المدعم يضعف وينطفئ.

إن العلاج السلوكي وما يستخدم فيه من فنيات مختلفة تساعد الطفل على تركيز الانتباه، وضبط النفس، وتنمية المهارات الاجتماعية، والحد من فرط النشاط الحركي، وأداء الأنشطة والمهام المختلفة التي يكلف في أدائها وذلك من خلال إدخال بعض التعديلات على البيئة المحيطة بالطفل (Burrows,2001:145-163) .

وقد أظهرت الدراسات المعاصرة العديد من تقنيات تعديل السلوك الإنساني التي تستطيع المربية تطبيقها داخل الفصل الدراسي والتي أثبتت فعاليتها في الاستخدام الأمثل على أطفال ماقبل المدرسة كدراسات(Paniagua&etal.,1990:63-68)، و(Ghosh&Chattopadhyay,1993:124-129)، و(Corrin,2003:202-205) و(البصير،2004: 252)، و (الخشرمي،2005: 1-23).

وبناء على ذلك فان المشكلات السلوكية والنفسية التي يعاني منها الأطفال المضطربون يمكن علاجها عن طريق تعديل الظروف البيئية المحيطة بهم وتعديل سلوكياتهم باستخدام فنيات العلاج السلوكي وتطبيقها في المواقف المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل.

لذا فان البحث الحالي يركز على تشخيص الاضطراب لدى أطفال الروضة في البيئة اليمنية، وإعداد برنامج لتعديل سلوك الأطفال المضطربين للتعرف إلى مدى فاعليته والاستفادة منه للتخفيف من معاناة المربيات في الروضة.

ثانياً:مشكلة البحث.

يعد الاضطراب مصدراً أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل، حيث يعاني من هذا الاضطراب أولياء الأمور والمعلمون والأطفال أنفسهم وأقرانهم، مما يؤثر على استجاباتهم وأسلوب معاملتهم للطفل، مما يعيق نموهم ومستقبلهم التعليمي والاجتماعي فيما بعد.

ويتسم الطفل المضطرب في مرحلة ماقبل المدرسة بأنه مفرط النشاط، واندفاعي، ولا يستطيع التركيز لأكثر من دقائق فقط، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية للأهل وقد يدرك الطفل المصاب مشكلته أحياناً لكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته، وغالباً ما تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو اقرب للطبيعية وتكون مشكلتهم الأساسية عدم الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم.

ويشير الأدب النظري والدراسات السابقة إلى إن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب تنتابهم مشاعر من الخوف، أو الإحباط، أو الانسحاب، أو التعاسة في الظروف الاعتيادية، أو بالشرود الذهني، أو الأنانية (خليفة وعيسى ،2007: 93) ، والعدوانية (Erhardt&Hinshow,1994:833-842) (Shelton&etal,1998:475-494) ، ومشكلات تعليمية بسبب حركاتهم الزائدة غير الأساسية (Pelham&Bender,1982:73) (القاسم وآخرون،2000: 119)، وصعوبات في التعلم، ومشكلات في الانتباه الانتقائي (السمعي،والبصري)، والانتباه المتواصل (اللفظي، والعددي)، والذاكرة العاملة (القراءة، والعمليات الحسابية) (Flether&etal,1996:271-297)(عجلان،2002: 62-99) (عاشور،2006: 49)، وانخفاض مستوى أدائهم للمهام التصنيفية المحددة السرعة واختبارات الانتباه السمعية والبصرية، وزمن الرجع (Hynd&etal,1989:176-190) (السمادوني،1990: 110) (الفخراني،1995: 121)، والتمييز اللفظي (Norrelgen&etal,1999:335-339)، وتأجيلهم للمهام التي يكلفون فيها، والقصور الإجرائي في الأداء (Dalen,2002:187-196). وهذا الفيض من الدراسات يعزز دراسة هذه المشكلة قبل تفاقمها لدى أطفال الروضة.

ويعد هذا الاضطراب من الاضطرابات النمائية المزمنة الممتدة من مرحلة الطفولة إلى مراحل عمرية متقدمة، حيث أشار (ميركولينو) إلى إن الدراسات الطولية التي أجريت على الأطفال المضطربين أثبتت في نتائجها استمرارية أعراض الاضطراب لدى الأطفال إلى مراحل متقدمة. وأن نسبة (45-75%) من الأطفال في

مرحلة ما قبل المدرسة من المصابين بهذا الاضطراب تستمر أعـراضه معـهم إلـى مـرحلة المـدرسة وحتى مرحلة المراهقة (ميركولينو وآخرون،2000 : 300).

إن ترك الأطفال المضطربين إلى مراحل متقدمة من أعمارهم دون علاج مبكـر قد يؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم الاجتماعية، والأكاديمية، والصحية، والأسرية. فقـد أشـار باركليBarkley أن حوالي (30%) من الذين يعانون من الاضطراب قد اشتركوا فـي حوادث السرقة، و(20%) منهم اشتركوا في إشعال الحرائـق، و(40%) قـد تعـاطوا الكحول والتدخين في سن مبكرة، و(25%) منهم قد تعرضوا للفصل من المدرسـة فـي المرحلة الثانوية نتيجة لسوء سلوكهم، كما أن معدل حوادث السيارات عنـد المـراهقين المضطربين يقدر بحوالي أربعة أمثال معدلها عند المراهقين العـاديين وان المخالفـات المرورية المرتبطة بالسرعة العالية تعادل ثلاثة أمثال نسبتها عند المـراهقين العـاديين (سالم،2001: 42).

وقد بينت الدراسات إلى أن الاضطراب يشيع بين الأطفال العاديين كما أظهرتـه نتائج دراسات(السطحية،1997: 1-35)، و(عبد الله،2000: 22-41)، و(أحمد،2004: 37-91)، و(بدر،2005: 167-197)، و(الفلفلي،2005: 191-206). كما يشيع بـين الأطفال غير العاديين كما أظهرته نتائج دراسات (عبد الباقي،1995: 5-8)، و(دبـيس والسمادوني،1998: 88-121)، و(الـصوفي،2000: 114-139)، و(بخـش،2001: 51-73).

وتظهر المشكلة من خلال الضغوط التي يتعرض لها الطفل في الأسرة والروضة بسبب انخفاض دافعيته في أداء الأنشطة التي يكلف بها وبالتالي يوصف بعدة أوصـاف مثل: كسول، وغبي، وبارد، ولا مبال وغيرها من الأوصاف الأخرى (الرويتـع، 2002 :50) (الميلادي،2004: 43).

إن ظهور هذا الاضطراب في مرحلة عمرية مبكرة من حياة عدد مـن الأطفـال وصعوبة تشخيصه بوضوح لغياب أداة التشخيص المناسبة في البيئة اليمنية، وضـعف الوعي به وتداخله مع أعراض سـلوكية أخـرى كاضـطراب المعارضـة والتحـدي،

واضطراب السلوك، والقلق، والاكتئاب فضلاً عن صعوبات التعلم يعد مشكلة بحد ذاتها لما لها من آثار سلبية على حياة الطفل والأفراد المحيطين به.

وقد لاحظت الباحثة هذه المشكلة بوضوح خلال زياراتها الميدانية لعدد من فصول الروضة في مدينة تعز وتواصلها مع المربيات والمديرات والاستماع إلى شكواهنّ المستمرة من بعض الأطفال داخل الفصول لما يتسمون به من حركة ونشاط مفرط، وضعف تركيزهم وانتباههم للنشاطات التي يكلفون بها، واندفاعيتهم وعدوانيتهم اتجاه الأطفال الآخرين. فضلاً عن شكوى أقرانهم المستمرة منهم لما يسببونه من إزعاج وتدخل في أنشطتهم مما دفع الباحثة إلى التعرف على هؤلاء الأطفال وتشخيص الاضطراب لديهم من خلال تطبيق بعض المقاييس التشخيصية للتأكد من وجود هذا الاضطراب على عينة استطلاعية من الأطفال فوجدت أن نسبة الأطفال المضطربين تقدر بنسبة (10%) من أطفال العينة الاستطلاعية وتعد هذه النسبة مؤشراً يستدعي الاهتمام بهذا الموضوع من خلال التشخيص المبكر وإعداد البرامج المناسبة للتعامل معه قبل أن يتفاقم ويصبح له آثار سلبية على الطفل والأهل والمدرسة وبالتالي تنعكس على المجتمع.

مما تقدم تبرز مشكلة البحث من خلال التساؤلات الآتية:

1- ما الأداة المناسبة لتشخيص الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي في مدينة تعز ؟
2- ما نسبة انتشار الاضطراب لدى أطفال الروضة في مدينة تعز ؟
3- ما المظاهر النفسية للاضطراب وفقاً لمكوناتها التي تظهر لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي ؟
4- ما صيغة البرنامج السلوكي المناسب لتعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي ؟
5- ما فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي؟

ثالثاً:أهمية البحث.

تعد مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، حيث يكتسب من خلالها المفاهيم والقيم والمعرفة وأساليب التفكير ومبادئ السلوك وفيها تتبلور الميول والاتجاهات. لذا أصبح الاهتمام بالطفولة من الأولويات الرئيسية التي نادت بها المجتمعات في معظم دول العالم. ويعد من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمعات لان تربية الأطفال وإعدادهم يمثل اهتماماً بواقع الأمة ومستقبلها في مواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها حتمية التطورات (بدران،2000 :245).

وقد ظهر الاهتمام بالطفولة جلياً لدى المسئولين والهيئات والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية على النطاق الدولي والعربي والمحلي. ومن مظاهره عالمياً إعلان اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل عام (1990)، وعربياً إعلان قيام المجلس العربي للطفولة والتنمية عام (1986)، ومحلياً انضمام الجمهورية اليمنية إلى اتفاقية حقوق الطفل الدولية عام (1991)، و إعلان حقوق الطفل اليمني عام (2002)، وإنشاء برلمان لأطفال اليمن عام (2004).(محمد والحمادي،2005: 204)، كما عقد عدد من الندوات والمؤتمرات المتعلقة بالطفولة بعامة وبطفل ماقبل المدرسة بخاصة، كمؤتمر الطفولة الوطني الأول عام (2005)، والثاني عام (2006)، والثالث (2007) في رحاب جامعة تعز.

وتشكل مرحلة الطفولة في مجملها سلسلة متصلة تضم الأعمار التي تمتد من مرحلة الولادة إلى مرحلة المراهقة حيث يمر الفرد من خلالها بعدد من المراحل التي تميز كل منها بخصائص محددة وواضحة. وتقسم هذه المرحلة بشكل عام إلى ثلاثة مراحل رئيسية هي: مرحلة الطفولة المبكرة، والمتوسطة، والمتأخرة.

يطلق على مرحلة الطفولة المبكرة من عمر(3-6) سنوات أي من نهاية الرضاعة وحتى دخول الطفل المدرسة مرحلة ماقبل المدرسة. وفيها ينتقل الطفل من بيئته الأولى المتمثلة بالبيت إلى بيئته الثانية المتمثلة بالحضانة والروضة. وتعد هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الطفل وأخطرها وفيها تتشكل مكوناته النفسية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية وتتنامى فيها قدراته العقلية وملكاته الإبداعية، وفيها يكتسب العديد من السلوكيات المتباينة أو المتجانسة وفق ما تمليه عليه ظروف الأسرة

وأوضاع البيئة المحيطة به لذا تصبح هذه المرحلة بمثابة التربة الخصبة للإعداد الأساسي والتهيئة لطفل المستقبل (الاغبري، 2005 :285) .

وتمثل الروضة المؤسسة التربوية والاجتماعية الأولى بعد البيت التي يبدأ فيها الطفل مسيرته التربوية والتعليمية، وتهدف إلى تحقيق النمو المتكامل والمتوازن للأطفال من جميع النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية. لذا يوصي التربويون بالاهتمام بهذه البيئة وجعلها غنية بالمثيرات الحسية الجذابة التي توفر المناخ النفسي المتوازن الذي يشعره بالأمن والحرية وتتاح له فيها فرص اللعب والاستكشاف والإبداع مما يسهل عملية الانتقال إلى بيئة المدرسة والإيفاء بمتطلباتها.

ولتحقيق أهداف الروضة لابد من توافر البرامج التربوية الناجعة للتعامل مع الأطفال بفئاتهم المختلفة وأن تكون مواكبة لمراحل النمو المتتابعة، ومعرفة احتياجاتهم النفسية، والجسمية، والمعرفية، والاجتماعية وكيفية التعامل مع المشكلات والاضطرابات المتنوعة التي قد تظهر في هذه المرحلة، كالمشكلات المتعلقة بالنمو ومنها التأخر العقلي، والتأخر اللغوي، واضطرابات السلوك كتشتت الانتباه وفرط النشاط، والتخريب، والعدوان، والكذب، واضطرابات الشخصية كقلق الانفصال، والقلق الاجتماعي، وغيرها من الاضطرابات الأخرى (إبراهيم، 1993: 25).

ويعد تشتت الانتباه وفرط النشاط من الاضطرابات المؤثرة في هذه المرحلة التي تشكل مشكلة للطفل والمربين مما تستدعي الحاجة إلى الاهتمام بها.

وترجع أهمية دراسة اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال إلى عدة أسباب من بينها زيادة نسبة انتشاره في رياض الأطفال. واستمراريته إلى ما بعد مرحلة الطفولة، وقلة المعلومات المتوفرة عن الأطفال المضطربين وتأثيراته السلبية على التطور النفسي للطفل وذكائه وعلاقاته الاجتماعية. لذا فمن الأهمية أن ينال الأطفال المضطربون به المساعدة الضرورية لان (90%) منهم عناصر غير منتجة في المجتمع المدرسي، و(90%) منهم في مستوى دراسي منخفض، و(20%) يعانون من صعوبات في القراءة، و(60%) يعانون مشكلة كبيرة في الكتابة، وأن (5%) منهم فقط من يصل إلى مراحل عليا من التعليم (ماكنتاير،2004: 80).

وهذا ما أدى إلى أن يصبح هذا الاضطراب من الموضوعات الهامة التي طرحت للنقاش على مستوى الندوات والمؤتمرات في العالم العربي في السنوات الأخيرة، كالمؤتمر الدولي الأول لاضطراب الانتباه مع فرط الحركة والنشاط المنعقد في مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية (2004)، والمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية (2006) الذي تناول أحد محاوره هذا الاضطراب.

ونظراً للقصور الواضح في الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع في الدول العربية عامة واليمن خاصة من حيث تشخيصه، وتحديد نسبة انتشاره وإعداد البرامج التدريبية الملائمة لعلاجه تأتي أهمية البحث الحالي الذي يسعى إلى تشخيصه، وإعداد البرنامج المناسب لتعديل سلوك الأطفال المضطربين به، ومساعدة المربيات في الروضة والأمهات في المنزل لتحسين أسلوب تعاملهم مع سلوك الأطفال المضطربين.

ولأهمية البرامج العلاجية وما لها من تأثير فعال في تحسين حياة الطفل المضطرب تبرز أهمية البحث الحالي في تزويد المربيات والباحثين بفرصة ايجابية للتعامل مع الاضطراب وتوفير فرص أفضل لنجاح الأطفال المضطربين في التعامل مع أقرانهم في الروضة وأسرهم في المنزل من خلال التعرف على الفنيات التي تستخدم في تعديل السلوك وفي تعليم الطفل وتوجيهه.

ويمكن تحديد أهمية البحث الحالي فيما يأتي:

1- أنه يتناول مرحلة عمرية مهمة من حياة الفرد، وهي مرحلة الطفولة التي مازالت بحاجة لمزيد من البحوث والدراسات لغرض تحقيق النمو السليم والمتكامل لها، ووضع الحلول المناسبة لمشكلاتها.

2- يلقي الضوء على احد الاضطرابات الانفعالية النمائية السلوكية الشائعة بين الأطفال وما يترتب عليه من آثار سلبية على الطفل والأسرة والروضة.

3- يوفر أداة تشخيصية للتعرف إلى اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط يمكن إن تفيد الباحثين في إعداد أدوات أخرى للتشخيص في الدول العربية عامة وفي الجمهورية اليمنية خاصة.

4- يعد أول بحث يستخدم أداة تشخيصية وبرنامج سلوكي لخفض حدة الاضطراب في مرحلة رياض الأطفال في الجمهورية اليمنية (على حد علم الباحثة).

5- الكشف عن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.

6- يوفر برنامجاً سلوكياً يساعد في كيفية التعامل السليم مع الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط وتعديل سلوكهم، ويمكن أن يكون هذا البرنامج دليلاً عملياً للقائمين على تربية الأطفال في مرحلة الروضة يمكن الاستعانة به عند الحاجة.

7- يقدم البرنامج المستخدم في البحث الحالي فرصة لتدريب المربيات في الروضة للتعامل مع هذا الاضطراب.

8- توجيه أنظار المسئولين والمهتمين ببرامج الرعاية النفسية والتربوية للأطفال في مرحلة الروضة للتعرف إلى اضطراباتها النمائية والعمل على التدخل المبكر لوضع سبل المعالجة والحد من تفاقمها في المستقبل.

9- إثراء المكتبة اليمنية بموضوع يتناول معلومات عن هذا الاضطراب يتناسب مع خصوصية الأطفال المضطربين في البيئة اليمنية.

رابعاً: أهداف البحث.

يهدف البحث الحالي إلى:

6- تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.

7- إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

8- تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

9- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لمتغير النوع (ذكور- إناث).

10- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة (القياس المرجأ بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، وتبعاً لنوعهم (ذكور- إناث).

خامساً:حدود البحث.

الحدود الموضوعية: اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة.

الحدود البشرية: عينة من أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط من الذكور والإناث للأعمار(4و5) سنوات.

الحدود المكانية: رياض الأطفال في مدينة تعز.

الفترة الزمنية للتطبيق: العام الدراسي 2007-2008م.

سادساً:مصطلحات البحث.

1- برنامج تعديل السلوك:Behavior Modification program

يعرف بأنه " البرنامج الذي يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون الاهتمام الرئيسي له هو السلوك الظاهر الملاحظ عند الأفراد ويستخدم في المجالات التربوية، والأسرية، والإكلينيكية. ويستخدم مع الأطفال العاديين وغير العاديين من اجل تطوير مهاراتهم الذاتية والاجتماعية واكتساب سلوكيات أكثر ملائمة" (يحيى،2000: 164).

وأنه "أسلوب يستخدم للحد من السلوك غير الملائم وإحلال سلوك ملائم بدلاً منه من خلال إجراء التعديلات في البيئة والتركيز على تقديم المعززات في كل مرة يظهر فيها السلوك الملائم والتعامل مع السلوك غير الملائم بالتجاهل أوالعقاب" (سيسالم،2002: 53).

وهو "برنامج عملي يركز على أعراض محددة من المشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج، وتحدد الاستجابة المتوقعة من الفرد حيث تكون متطلبات الموقف واضحة منذ البداية ويكون التركيز على مسئولية الفرد في تحديد التدعيم وتكوين استراتيجية واقعية ويعرف الفرد ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب لكي يحصل على التدعيم" (كوزول وآخرون،2002: 101).

وأنه "التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي" (خلف الله،2004: 117).

وهو "البرنامج الذي يقوم على مبادئ النظريات والأفكار السلوكية، وينظر إلى السلوك الظاهر وليس السبب الذي يكمن خلفه، ويعمل على تعديل الاستجابة الخاطئة المسببة للاضطراب السلوكي من خلال إعادة الاشتراط مرة أخرى" (هجرس، 2006 :52).

وتعرفه الباحثة نظرياً " بأنه تطبيق مبادئ وفنيات النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك بغرض كف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوب فيها عند الأطفال واستبدالها باستجابات سلوكية صحيحة ومتوافقة مع البيئة من خلال عملية التعلم ".

وتعرفه الباحثة إجرائياً " بأنه مجموعة من الجلسات المنظمة تجريها الباحثة مع الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في المجموعة التجريبية المتضمنة مجموعة فنيات استمدت من مبادئ النظريات السلوكية والأنشطة المناسبة لها لغرض تعديل سلوكهم وخفض حدة الاضطراب لديهم" .

2-اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط:(ADHD)

ويعرف بأنه " ارتفاع مستوى النشاط بصورة غير مقبولة اجتماعياً، وانعدام تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم ضبط النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع الزملاء، والوالدين، والمربين (الشخص،1985: 103).

وهو " اضطراب نمائي يتميز بدرجات نمائية غير مقبولة لعدم الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، وينشأ في مرحلة الطفولة المبكرة، ويبدو مزمناً Chronic ومستمراً نسبياً في طبيعته ولا يمكن تعليله على أساس المعايير الحسية العصبية، أو اضطرابات اللغة، أو التخلف العقلي، أو الاضطرابات العاطفية. وهذه الصعوبات مرتبطة نمطياً بنقص السلوك التحكمي وفي الحفاظ على نمط متوازن من أداء العمل على حساب الوقت الإضافي" (Barkley,1990:47).

وعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية (1994) "بأنه نمط دائم لعجز أو قصور أو صعوبة في الانتباه و-أو فرط النشاط-الاندفاعية، يوجد لدى بعض الأطفال، ويكون أكثر تكراراً، وتواتراً، وحدة، عما يلاحظ لدى الأطفال العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو" (APA ,1994:378) .

وانه " حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد الذي يعاني منه يظهر قدرة أكاديمية منخفضة، وضعف التحصيل الأكاديمي، إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات" (Anastopoulos,1999:100).

ويعرف بأنه " حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي المعقول ويتميز الطفل ذو النشاط الزائد بالتهور، ونوبات الغضب الشديدة، وعدم القدرة على التحمل والإحباط، وعدم القدرة على الانتباه، وتغيرات في المزاج، وعلاقات اجتماعية مضطربة، والفوضى والعدوان، واضطراب في الوظائف الحركية، والنشاط الجسدي المفرط والقابلية للإثارة " (خلف الله،2004: 209).

وهو " اضطراب عصبي يصيب الأطفال ويؤثر على قدرتهم على الانتباه والاستمرارية في أداء مهامهم بكفاءة وفعالية،وقد يقود الطفل للنشاط الحركي الزائد أو الاندفاعية مما يترك أثراً سلبياً على أداء الطفل في المدرسة والمنزل ويؤثر على حياته الاجتماعية والانفعالية ويستمر هذا الاضطراب مع الطفل في سنوات الحياة بدرجات وأشكال مختلفة" (الخشرمي،2005: 6).

ويشتمل الاضطراب على أربعة مجالات هي:

أ- تشتت الانتباه: **Attention Deficit**

يعرف بأنه " شرود الذهن وتجنب أداء المهام التي تتطلب الانتباه لمدى زمني طويل، إلى جانب السلوكيات التي تتمثل بالإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية، وفقدان الممتلكات في اغلب الأوقات، وعدم القدرة على إتباع التعليمات، وصعوبة في تنظيم أو أداء المهام " (الدسوقي،2006: 23).

ويعرف بأنه " عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات والمثيرات المختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف أو المغالاة في الانتباه بمثيرات مرتبطة بالموقف" (القمش و معايطة،2007: 190).

وعرفته الباحثة " بأنه ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات في الروضة والمنزل".

ب- فرط النشاط: Hyperactivity

يعرف بأنه " السلوك الذي يتسم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط. ويعوق تعليم الطفل المضطرب به، ويسبب له مشكلات في إدارة السلوك" (الأشول،1987: 453).

وأنه " زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر، وأن الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني" (يحيى،2000: 180).

ويعرف بأنه " النشاط الحركي المفرط المتمثل في تململ الطفل وإفراطه في الحركة، والنشاط والحديث وعدم مقدرته على الجلوس ساكناً أو اللعب في هدوء إلى جانب الإتيان بسلوكيات لا تعد مناسبة في تلك المواقف التي تحدث فيها مع استمرار حركته بشكل مفرط،وغالباً ما يقترن بالاندفاعية " (محمد،2003: 170).

وعرفته الباحثة " بأنه نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم في الروضة والمنزل " .

ج- الاندفاعية: Impulsivity

وتعرف بأنها " ميل الأطفال المضطربين للاستجابة دون تفكير مسبق، ولا يعرفون تبعات تعجلهم عند قيامهم بالأداء، كما يجدون صعوبة في انتظار دورهم، ولا يفكرون في البدائل المتاحة قبل أن يتخذون قرارهم" (Goldstein&etal,1995:60).

وأنها "عدم التروي والتفكير، إذ يسارع المندفع إلى رد الفعل دون ضابط، ودون القدرة على السيطرة على الانفعالات قولاً وعملاً، كما تسهل إثارته واستفزازه، ولا يستفيد من خبراته وتجاربه، وإذا اشترك في حوار أو مناقشة أدلى بوجهة نظره قبل أن

يأتي دوره، وتفتقر آراؤه وأحكامه إلى الصواب والمصداقية لأنها تكون في الغالب أحكام عارضة دون تمهل أو تفكير" (عدس،1998: 112).

وأنها " الفشل في تأجيل الاستجابة وإرجائها حتى تكون الظروف مناسبة، والعجز عن فهم عواقب السلوك، والفشل في تنظيم السلوك وضبطه وفقاً لمطالب الموقف، وضعف السيطرة على النزعات والسلوك وعدم القدرة على الانتظار، وتبدل المزاج، إضافة إلى سهولة الضجر والملل والتعرض للإحباط" (عبد الله،2000: 31).

وأنها "التهور والعشوائية في إصدار الأفعال والأقوال واستجابة الطفل لأول فكرة تطرأ على ذهنه.وهي عكس التروي حيث يبدو الأطفال عاجزين عن التحكم في اندفاعاتهم ويشعرون بالانزعاج من انتظار دورهم،ويندفعون في الإجابة عن الأسئلة في الفصل، كما أنهم يتدخلون في نشاطات الأطفال الآخرين، أو يتسببون في وقوع الحوادث أثناء اللعب" (يوسف،2000: 224).

وعرفتها الباحثة بأنها " عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك في الروضة والمنزل " .

د- الأعراض المصاحبة:**Indicative Symptoms**

وهي "مجموعة من المظاهر الانفعالية والشخصية المميزة التي تصاحب الاضطراب منها: القلق، تقلب العواطف، عدم الاندماج مع الزملاء، ضعف تقدير الذات واحترامها، عدم القدرة على تحمل الإحباط، سوء التوافق النفسي والاجتماعي، صعوبة تحمل الاستجابة وكبتها، العجز عن الاستمرار في المناسبة، سريع الانفعال، عصبي المزاج، صعوبة التوافق مع البيئة، القابلية للبكاء بسهولة، صعوبات ومشكلات في التعلم، صعوبة توجيه السلوك وضبطه وفقاً للمواقف والأوضاع المتنوعة" (شقير،2002: 75).

وهي "مجموعة من الخصائص السلوكية المرتبطة بهذا الاضطراب كعدم الصبر، وتغير الحالة المزاجية، وعدم القدرة على تحمل المواقف المحبطة، والإلحاح، والعناد، وضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على تحمل المسئولية، وصعوبة الإرضاء، وتختلف حدة هذه الخصائص باختلاف العمر الزمني والبيئة التي يعيش فيها الفرد" (الدسوقي،2006: 49).

وعرفتها الباحثة على أنها " مجموعة من الخصائص السلوكية التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته في الروضة والمنزل".

في حين يعرف الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بأنهم "أولئك الأطفال الذين يبدون مستوى من النشاط الحركي بصورة غير مقبولة، وعدم قدرتهم على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقة ايجابية مع الآخرين" (الشخص، 1985 :24).

وهم "الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على تركيز الانتباه ويتسمون بالاندفاعية، وفرط النشاط، وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل مطابقة الذات أو التحكم الذاتي، ويظهرون قصوراً في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي وقصور في الوظائف الاجتماعية" (السطحية،1991: 7).

وعرفهم الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية (1994) بأنهم "أولئك الأطفال الذين تظهر لديهم سمات رئيسية تتمثل بعدم الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية. وهذه السمات تظهر قبل عمر المدرسة وتستمر على الأقل لمدة ستة أشهر قبل التشخيص وفي بيئتين رئيسيتين هما:(المدرسة، والمنزل)" .(APA,1994,379)

وأنهم "الأطفال الذين يظهرون سلوكاً حركياً يفوق السلوك الحركي للأطفال الآخرين في مثل سنهم، ويتصفون بالسلبية، وشرود الذهن، وتقلب المزاج، وضعف التركيز والانتباه والدافعية، وعدم القدرة على ضبط النفس" (الفلفلي، 2005 :194) .

وتعرفهم الباحثة نظرياً بأنهم " الأطفال الذين يظهرون ضعف في القدرة على الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، وبعض الأعراض المصاحبة بشكل مبالغ فيه ويفوق الحد الطبيعي في البيئتين المدرسية والمنزلية بما لا يتناسب وعمرهم الزمني والظروف البيئية المحيطة بهم مما يسبب المشكلات لهم وللأفراد المحيطين بهم" .

وتعرفهم الباحثة إجرائياً بأنهم " أطفال الروضة الذين يحصلون علـــى درجـــات مرتفعة باستخدام مقياس التشخيص المعد لإغراض البحث الحالي بـــصورتيه (المدرســـية والمنزلية) و بنسبة تزيد عن (0.67) من الدرجة الكلية للمقياس.

3-الروضة.

يعرفها القانون رقم (45) لسنة **1992**م بشأن القانون العام للتربية والتعليم فـــي الجمهورية اليمنية بالمادة (17) مايلي:

أ- مرحلة ما قبل التعليم الأساسي هي الحضانة ورياض الأطفال، ويقبل الأطفال فيها من سن الثالثة حتى سن السادسة من العمر.

ب- تهدف رياض الأطفال إلى تعويد الطفل على حب العلم، وتهيئته للمراحل التالية من التعليم، وغـــرس القيـــم الـــسامية والعـــادات الحـــسنة و الإيجابيـــة، وتربيـــــه ليكون سليماً مـــن الناحيـــــة الصحيـــــة، واجتماعياً محبـــــاً للتعاون مع الأطفال الآخرين (وزارة التربية والتعليم ،1992: 6) .

وتعرف بأنها " مؤسسة يلتحق بها الأطفال منذ الرابعة من عمرهم وحتى السادسة وتسبق المرحلة الابتدائية وتسعى لتطبيق بعض المبادئ التربوية الحديثة في تربية الطفل تغرس فيه بعض الصفات الحميدة وتعتمد على استخدام الوسائل السمعية والبصرية وتقدم خدمات تربوية متكاملة مبنية على اللعب والخبرات السارة وتتيح له النمـــو فـــي جميـــع جوانبه" (اللقاني، 1996: 115).

وهي " المؤسسة التربوية الاجتماعية التي تسهم في تربية الأطفال الذين تتـــراوح أعمارهم بين ثلاثة إلى ست سنوات وتهدف إلى تحقيق النمو المتكامل للأطفال من جميع الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية بالإضافة إلى تنمية قدراتهم عـــن طريـــق البرامج والأنشطة والأساليب المناسبة لاحتياجات هذه المرحلة من العمـــر" (الاغبـــري، 2005: 287).

وستعتمد الباحثة في تعريفها للروضة على التعريف الذي أورده القـــانون العـــام للتربية والتعليم في الجمهورية اليمنية..

الفصل الثاني

الإطار النظري

- ❖ التطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب.
- ❖ نسبة انتشار الاضطراب.
- ❖ أعراض الاضطراب.
- ❖ أسباب الاضطراب.
- ❖ تشخيص الاضطراب.
- ❖ أساليب علاج الاضطراب.
- ❖ أنواع العلاج السلوكي.
- ❖ تعديل السلوك.
- ❖ الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك.
- ❖ الأساليب والفنيات العلاجية في تعديل السلوك.

يتناول الفصل الحالي التطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب، ونسبة انتشاره، وأعراضه، والأسباب التي تؤدي إليه، وتشخيصه، وأساليب علاجه مع التركيز على الأساليب السلوكية في العلاج وكما يلي:

أولاً:التطور التأريخي في دراسة مفهوم الاضطراب.

نال مفهوم اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط اهتمام عدد من العلماء والباحثين في مجال التربية وعلم النفس وطب الأطفال.

فقد تمت الإشارة إلى الاضطراب لأول مرة من قبل الدكتور(**هنرك هوفمان Heinrich Hoffman**) عام **(1845)** ،وهو طبيب كتب العديد من الكتب في الطب والطب النفسي والذي اهتم بإيضاح خصائص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والمتمثلة بتشتت الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية.

وفي عام **(1902)** قام (**السير جورج ستل Sir George Still**) بنشر سلسلة من المحاضرات للكلية الملكية للأطباء في انجلترا والتي وصف فيها مجموعة من الأطفال الاندفاعيين الذين يعانون من مشكلات سلوكية نتيجة اضطرابات في المخ ، أو إلى عوامل وراثية، أو إلى عوامل بيئية، أو طبية أخرى وليس بسبب البيئة الفقيرة لهؤلاء الأطفال وقد لاحظ هذا الاضطراب بين الذكور أكثر من الإناث وأوصى بعلاج هذه الحالات والإبقاء على المرضى داخل المصحات لحين استكمال علاجهم (NIMH,2006:1-2).

وتعد دراسة (**الفريد ستراوسAlfred Strasus**) عام **(1905)** من الدراسات التاريخية المهمة في تطور هذا الاضطراب حيث أطلق عليه في حينها بمتلازمة ستراوس(Strasuss Syndrome) والتي تبين وجود عدد من المؤشرات والأعراض السلوكية والنفسية المرتبطة بإصابات المخ، وهذه الأعراض هي النشاط الحركي الزائد، والعدوانية، والاندفاعية، والتخريب (عبد الله،2000: 24).

واستمرت دراسات ستراوس في هذا المجال حيث أظهرت نتائج دراساته أن النشاط الحركي المفرط واضطراب الانتباه يحدثان نتيجة خلل وظيفي بسيط في المخ Minimal Brain Dysfunction (MBD) (Paul,1985:73) .

وافترض العلماء أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب مخي وظيفي خفيف وأطلقوا عليهم " الأطفال ذوي زملة المخ المصاب Brain injured child syndromes (أبو شعيشع،2005: 451).

وقد أشار (تريد جولد **Tredgold**) (**1908**) إلى الأطفال الذين يتعرضون لنقص في الأوكسجين أو لإصابة في المخ خلال مرحلة الميلاد قد يتعرضون إلى الاضطراب عند الالتحاق بالمدرسة، وأطلق عليهم الأطفال المضطربون بالتلف الدماغي البسيط (سيسالم،2001: 17).

وقد كشف عن هذه أعراض الاضطراب لدى عدد كبير من أطفال الدول التي شاركت في الحرب العالمية الأولى، حيث انتشرت حالات من الأطفال المصابين بتخلف أو إصابة في المخ أو اضطرابات في النظام العصبي المركزي(Central Nervous System (CNS والذين ظهرت عليهم مجموعة من الأعراض السلوكية مثل الحركة المفرطة، والقصور في الانتباه، والاندفاعية وتلك الأعراض يتميز بها الأطفال المضطربون بتشتت الانتباه وفرط النشاط (Jones,1991:2) .

وفي عام (**1935**) حاول (شليدرز **Childers**) التمييز بين خصائص الطفل ذي النشاط الحركي المفرط، وخصائص الطفل ذي إصابات الدماغ، فوجد إن هناك عدداً من الأطفال ذوي الحركة المفرطة يعانون من إصابات في الدماغ.

وفي عام (**1937**) استخدم (برادلي **Bradley**) عقار البنزدرين Benzedran – الذي يستخدم لعلاج الصداع وزيادة معدل ضغط الدم– في علاج بعض حالات تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي (سيسالم، 2001: 18) .

وفي عام (1968) صدرت الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-II) وفيها أطلق عليه رد الفعل الحركي المفرط Hyperkinetic Reaction في مرحلة الطفولة وهو مشتق من أصل الكلمة اللاتينية Hyper وتعني الزيادة أو الإفراط Over و kinesis ، والحركة تعني Motion (APA,1968:217) .

ثم تغيرت النظرة إلى هذا الاضطراب من كونه استجابة ناجمة عن حدوث تلف عضوي أو خلل وظيفي في المخ إلى اضطراب سلوكي ناتج عن حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الطفل وبيئته.

في عام (1980) حدث تطور كبير في تسمية الاضطراب بعد صدور الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) حيث تم تسميته باضطراب تشتت الانتباه (ADD) Attention Deficit Disorder وقد صنف هذا الاضطراب إلى فئتين فرعيتين هما:

أ- اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بنشاط حركي(ADD-H) Attention Deficit Disorder with Hyperactivity .

ب-اضطراب تشتت الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي(ADD) Attention Deficit Disorder without Hyperactivity.

وقد اعتمد التشخيص على توافر مجموعة من المؤشرات السلوكية الرئيسة هي:

1- تشتت الانتباه Attention Deficit.

2- فرط النشاط Hyperactivity.

3- الاندفاعية Impulsivity.

وفي عام (1987) صدرت الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III-TR) التي عدل فيها مفهوم اضطراب الانتباه إلى

مفهوم جديد بعنوان اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد(Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD (APA,1987:311).

ويظهر من الطبعة الجديدة المعدلة أنها عمدت إلى إلغاء التمييز بين اضطراب الانتباه الذي يحتوي على فئتين فرعيتين بسبب عدم توافر الأدلة التطبيقية التي تؤيد هذا التمييز، ومن ثم إقرار التعامل مع هذا الاضطراب كمكون أحادي واحد يجمع بين تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي (الزيات،1998: 261).

واعتبر الدليل أن اضطراب تشتت الانتباه من أهم اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة والذي يرافقه دوماً اضطراب فرط النشاط الحركي (عبد الله،2000: 25) .

وفي عام (1994) صدرت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي(DSM-IV) أكد فيه على ما ورد في الطبعة الثالثة المعدلة مع الإشارة إلى أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط لكن مستوى هذا النشاط يختلف من طفل إلى آخر، فقد يظهر لدى بعض الأطفال أعراض تشتت الانتباه بشكل اكبر من أعراض فرط النشاط الحركي أو العكس، وقد تتساوى شدة أعراض كليهما لدى البعض الآخر من الأطفال (APA,1994:378) .

وهذا الاضطراب يشكل زملة أعراض تعبر عن نفسها من خلال:

1- العجز عن تركيز الانتباه ومواصلته وتنظيمه.

2- العجز عن كف الاستجابات الاندفاعية.

3- قد يكون مصحوباً بنوع من النشاط الزائد الذي يتصف بالعفوية والعشوائية والافتقار للهدف والتنظيم.

4- ينطوي الاضطراب على خصائص سلوكية حقيقية تشمل المجالات النوعية الثلاثة (سعة الانتباه، الاندفاعية، الإفراط في النشاط) (الزيات،2006: 4).

أما في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-TR) التي صدرت عام (2000) فقد تم التأكيد على أن السمة الرئيسية للاضطراب تتضمن ثلاثة أنماط سلوكية هي:

1- اضطراب تشتت الانتباه/النشاط الزائد: نمط مشترك يشتمل على الأعراض التشخيصية للبعدين تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

2- اضطراب تشتت الانتباه/النشاط الزائد: نمط يسود فيه تشتت الانتباه، ويشتمل على أكثر الأعراض التشخيصية لتشتت الانتباه مع بعض أعراض النشاط الزائد.

3- اضطراب قصور الانتباه/النشاط الزائد: نمط يسود فيه النشاط الزائد، ويشتمل على أكثر الأعراض التشخيصية للنشاط الزائد مع بعض أعراض تشتت الانتباه (APA,2000:266-272).

يوصف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الآونة الأخيرة بأنهم ذوو انتباه قصير المدى، وسرعة في تحول انتباههم المفاجئ من نشاط إلى آخر قبل إكمال النشاط الأول، وصعوبة في ضبط انتباههم وتوجيهه بصورة صحيحة، ويظهرون نشاطاً حركياً غير عادي في المواقف السلوكية التي لا تتطلب مثل هذا النشاط، كما يتصفون بالاندفاع والتهور، ومقاطعة حديث الآخرين وصعوبة إصغائهم (Whalen,1989:147).

ويعانون من ضعف شديد في كل من القدرة على الانتباه، والذاكرة العاملة، والذاكرة البصرية، والفهم، والتفكير مما يؤدي إلى ضعف شديد في قدراتهم

المعـــــرفية وأن نسبة ذكائهـــم منخفضـــــة مقارنــــــة بأقرانهـــم العاديـــــين (Mealer,1996:133-145).

ويعاني هؤلاء الأطفال من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجـسمية، وصعوبة الانتباه، والاستجابات الاندفاعية، والعناد، وصعوبة الانقياد، وحدة الطبع، وتقلب المزاج، وتدني مفهوم الذات، وانخفاض القدرة على التحمل (ريزو وزابـل ج1، 1999: 468).

وأن هؤلاء الأطفال أكثــر عرضـــة للمـــشكلات الـــسلوكية والوجدانيـــة والاجتماعية والأكاديمية. وان حوالي 67% منهم يواجهـــون مـــشكلات متعلقـــة بالسلوكيات السلبية والعدائية وعصيان أوامر الوالدين والمعلمين. وهـــم ســـريعو الانفعال وكثيراً ما ينزعون إلى عدم الالتزام بالقوانين والشعور بالغضب والضيق بسهولة والى تحميل الآخرين مسئولية أخطائهم (ميركولينو وآخرون،2000: 30).

وقد حدد باركليBarkley (1995) مشكلات الاضطراب لـــدى الأطفـــال والتي ترتبط بالعجز عن كف السلوك بـــ:

1- مشاكل تتعلق بصعوبة الاستمرار علـــى الانتبـــاه أو مواصـــلته: Difficulty Sustaining Attention

فالطفل المضطرب ليس لديه مشكلة في فهم المعلومات بـــل لديـــه مـــشاكل فـــي الاستمرار على الانتباه إلى الأنشطة أو مواصلته لمدة طويلة وذلك بسبب شعوره بالملل وفقد الاهتمام بسرعة اكبر من العاديين.

2- صعوبة التحكم في الاندفاع: Difficulty Controlling Impulses

إن الطفل المضطرب لديه انخفاض في القدرة على كف الـــسلوك وضـــبط الاندفاع ولا يفكر قبل التحدث أو التصرف، كما أن لديه صعوبة في التركيز على العمل وفي منع الأفكار التي لا ترتبط بالمهمة التي يقوم بها.

3- مشكلة السلوك المفرط: A problem With Too Much Behavior

لدى الطفل حركة مفرطة تظهر في التململ والضجر وعدم القدرة على تنظيم النشاط في مقابل مطالب المواقف.

4- صعوبة إتباع التعليمات: Difficulty Following Instructions

يظهر الطفل صعوبة إتباع التعليمات والقواعد بسبب نقص الكلام الذاتيSelf Speech، فالكلام الذاتي هو اللغة التي توجه وتضبط وتتحكم في السلوك. وعدم فعالية الكلام الذاتي يؤدي إلى الاندفاعية وصعوبة ضبط الذات، والحد من قدرته على وضع الخطط والأهداف لتوجيه السلوك.

5- عدم الاتساق في أداء العمل: Doing Work Inconsistently

إن مستوى ذكاء الفرد المضطرب قد يكون ضمن المتوسط أو أعلى منه ولديه القدرة على أداء العمل بطريقة مقبولة ولكن ليس هناك اتساق عند أداء العمل ففي بعض الأحيان يكون,قادراً على الانتهاء من العمل بسهولة وأحياناً أخرى يعمل القليل منه(Barkley(b),1995:57-66).

أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في التنظيم، وصعوبة في التخطيط بسبب ضعف الضبط الكفي لديهم والوظائف التنفيذية، حيث يشير الضبط الكفي إلى التوقف السريع للفعل المستمر والتفكير وذلك تبعاً للتغيرات المفاجئة في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء الأطفال مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على مد الانتباه لفترة وضعف قدرتهم على التنظيم الذاتي. (السطحية،2005: 3)

يبدو مما تقدم إن الاضطراب موجود لدى الأطفال إلا إن مسميات هذا الاضطراب اختلفت باختلاف طبيعة الدراسات التشخيصية التي أجريت عليه فقد أطلق على هذا الاضطراب مسميات عدة تشمل خلل وظيفي بسيط في المخ، أو تلف بسيط في المخ، أو النشاط المفرط، أو الحركة الزائدة لحين ظهور الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1968) حيث عدَ احد الاضطرابات

السلوكية لدى الأطفال وسمي بفرط الحركة أو رد الفعل الحركي المفرط، في حين أظهرت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي (1980) أن الاضطراب يتضمن فئتين فرعيتين هما: عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط، وعجز الانتباه غير المصحوب بفرط النشاط وتم تسميته باضطراب عجز الانتباه ووضعت له عدد من المحكات التشخيصية التي تميزه عن بقية الاضطرابات الأخرى. وفي الطبعة الثالثة المعدلة (1987) تم إلغاء التميز بين فئات الاضطراب والتعامل معه كمكون آحادي سمي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط. بينما أشارت الطبعة الرابعة إلى نفس التسمية السابقة مع التأكيد على وجود ثلاثة فئات أساسية للاضطراب. وبعد إن استقرت آراء الباحثين في مجال الصحة النفسية للأطفال على تسمية الاضطراب استمرت الأبحاث حول تحديد خصائص الأطفال المضطربين، وأسبابه، وأعراضه، وأساليب التخفيف من آثاره.

من خلال استعراض الأدبيات ذات العلاقة بموضوع الاضطراب أنه يشير إلى حالة عامة تتصف بالحركات الجسمية المفرطة وخصائص سلوكية مرافقة لها منها التهور، والاندفاعية، والقابلية للإثارة Excitability، وعدم القدرة على الانتباه الذي يلعب دوراً بالغ الأهمية في مستوى تعلم الطفل وتدني تحصيله الدراسي فضلاً عن مشكلات سلوكية واجتماعية في حياته مستقبلاً.

ثانياً:نسبة انتشار الاضطراب.

تشير تقديرات الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال في سن المدرسة تتراوح بين (3-5%) (APA,1994:378).

وقد أشار براون (2007) إلى أن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية تقريباً (7.8%) بين الأطفال في الأعمار (4-17) سنة الذين تم تشخيصهم كمضطربين (Brown,2007:24).

وإن ما يقارب (1.46-2.46) مليون طفل يعانون مـن الاضـطراب فـي الولايات المتحدة الأمريكية بما يشكل نسبة تتراوح من (3-5%) من الأطفال. وان نسبة الذكور إلى الإناث تتراوح (9-4%) (ED Pubs U .S .Department of Education,2004:1) .

وفي جمهورية مصر العربية أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت إلـى أن نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال مدارس التعليم الأساسي تراوحت بين (5.7-6.2%) (الشخص،1985: 115) (حمودة،1991: 203).أما دراسة (معـوض) فقد أشارت إلى أن نسبة انتشاره بين الأطفال في سن المرحلة الأساسية يتراوح ما بين (3-20%) وان معظمهم من الذكور وينتشر بين أطفال الطبقات الاجتماعيـة على مختلف أنواعهـا ويـستمر هـذا الاضـطراب إلـى مـا بعـد مرحلـة الطفـولـة (معوض، 1992: 9). وتشير نتائج دراسة (يعقوب) إلى أن نسبة انتشاره تتراوح بين (3-7%) من أطفال المرحلة الأساسية، وتشكل نسبة هذا الاضطراب ضمن مجمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال الذين يترددون علـى العيادات والمستشفيات النفسـية بين (30-70%) (يعقوب، 1995: 193). فـي حين أشارت نتائج دراسة أحمد وبدر (1999) إلى أن هذا الاضـطراب يـصيب نسبة تصل إلى (10%) تقريباً من أطفال العالم، وان معدل انتشاره بين الأطفـال في عمر المدرسة يتراوح بين (4-6%) (أحمد و بدر،1999: 20). وتشير نتائج دراسة (شقير) إلى أن نسبة انتشاره تتراوح بين (2.2-9.5%) لدى الأطفال فـي عمر المدرسة (شقير،2002: 70).

وفي المملكة الأردنية الهاشمية أظهرت نتائج دراسة (الزعبـي) أن نـسبة انتـشار الاضـطراب بـين الأطفـال الأردنيـين يتـراوح بـين (5-10%) (الزعبي،2001: 1-28).

وفي المملكة العربية السعودية أشارت اليماني (2007) إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال المرحلة الابتدائية بلغت (16.5%) في المنطقة الشرقية، و(12.5%) في منطقة الرياض وأن متوسط نسبة انتشار الاضطراب في المملكة ككل يبلغ (15.5%). وأن ارتفاع النسبة يشمل منطقة الخليج العربي بشكل عام حيث بلغت نسبته في الإمارات العربية المتحدة (18%) في مرحلة الدراسة الابتدائية (الحليلي،2007: 3).

وفي الجمهورية اليمنية أظهرت نتائج دراسة الفلفلي (2005) أن حجم مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي يبلغ (6.32%) وان نسبة الذكور الذين يعانون من هذا الاضطراب أكثر من نسبة الإناث (الفلفلي، 2005: 199).

وعن الفروق بين الجنسين في معدلات انتشار هذا الاضطراب فقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتصنيف الاضطرابات العقلية أنه أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث بنسبة تتراوح بين (4- 1%) (APA,1994:378).

وأشار الدسوقي (2006) إلى أن معدل انتشار الاضطراب بين الأطفال يتراوح بين (4-6%) وانتشاره بين الذكور تصل إلى (6-1%) بين الإناث (الدسوقي،2006: 37).

وقد أكدت دراسة (شقير) أن الذكور أكثر اندفاعية ولديهم القابلية على تشتت الانتباه، كما أن الأعراض الشخصية والعدوانية لديهم أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع في معدل مشكلاتهم النفسية (شقير،2002: 71).

يظهر من العرض السابق للدراسات أن هناك تفاوتاً في نسب انتشار هذا الاضطراب بين نتائج الدراسات. إذ تراوحت هذه النسب بين (3%) كحد أدنى و(18%) كحد أعلى وهذا ما يؤكد سعة انتشاره بين الأطفال.

ثالثاً:أعراض الاضطراب.

على الرغم من تعدد أعراض ومظاهر هـذا الاضـطراب، إلا أن هنـاك أعراض أساسية تميزه عن غيره من الاضطرابات السلوكية أشار إليهـا الـدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية، كما أشارت إليها الأدبيات فـي هـذا المجال وهذه الأعراض هي: تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

1-الأعراض الأساسية.

تشتمل الأعراض الأساسية للاضطراب على مايلي:-

أ- تشتت الانتباه **Inattention Deficit**:

يعد الانتباه احد العمليات العقلية التي تلعب دوراً مهماً في حياة الفرد مـن حيث قدرته على الاتصال بالبيئة، والتي تنعكس في اختياره للمنبهـات الحـسية المختلفة والمناسبة، حتى يتمكن من إدراكها وتحليلها، وتعد عملية الانتبـاه مـن العمليات الهامة في اتصال الفرد بالبيئة المحيطة به.

ويعني الانتباه تركيز الفرد على منبه بعينه والاستجابة له فهو عملية وظيفية في الحياة العقلية تقوم بتوجيه شعور الفرد نحو الموقف السلوكي ككل إذا كان هذا الموقف جديداً على الفرد، أو توجيه شعوره نحو بعض أجزاء المجال الإدراكـي إذا كان الموقف مألوفاً لديه (الشرقاوي،1984: 30). ويعد الانتباه نشاطاً انتقائيـاً يميز الحياة العقلية للفرد، بحيث يتم حصر الذهن في عنصر واحد من عناصـر الخبرة فيزداد هذا العنصر وضوحاً عن بقية العناصر الأخرى مما يـؤدي إلـى حدوث تكيف في الجهاز العصبي لدى الفرد فيصبح من السهل عليه أن يستجيب لمنبه خاص دون الاستجابة للمنبهات الأخرى (بني يونس،2004: 499). وترجع أهميته إلى تأثيره الكبير على الإدراك والتذكر والتفكير والتعلم بل وعلى النـشاط

العقلي المعرفي بصفة عامة فأي خلل في وظيفة الانتباه يؤثر تأثيراً كبيراً على هذه العمليات (خليفة وعيسى،2007: 115).

ويشير سيسالم (2002) إلى أن سلوك الانتباه يعني قدرة الفرد على الانتباه والاستجابة لمثيرات معينة في بيئته والتعلم من هذه المثيرات ويختلف الأفراد في قدرتهم على الانتباه وفي درجته ونوعه، فالبعض لديه القدرة على الانتباه لأكثر من مثير في وقت واحد، بينما لا يستطيع البعض الآخر الانتباه إلا لمثير واحد فقط في نفس الوقت، وان ظهر أكثر من مثير فان انتباههم سوف يتشتت. كما أن البعض يمكن أن يركز انتباهه طوال الفترة الزمنية التي يظهر فيها المثير طالت هذه الفترة أم قصرت، بينما لا يستطيع البعض الآخر تركيز الانتباه على نفس المثير إلا لفترة محدودة لا تكفي لإحداث التعلم (سيسالم،2002: 41) .

لذلك قد تنشأ صعوبات التعلم لدى الطفل المضطرب لكون المهام التحصيلية في المدرسة تتطلب منه التركيز والمثابرة والتروي وهي سمات لا يتمتع بها.

وفي هذا السياق أشارت الجمعية الأمريكية (APA,2000:266-272) إلى إن الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه يتميزون بالأعراض التالية:-

1- صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته، ولذا فهم يخطئون كثيراً في الأنشطة والمهمات التي يمارسونها.
2- صعوبة تركيز الانتباه لمدة زمنية طويلة على منبه محدد.
3- صعوبة في عمليات الإنصات، ويبدون عند الحديث إليهم وكأنهم لا يسمعون.
4- صعوبة متابعة التعليمات، والفشل في إنهاء الإعمال التي يكلفون بها.
5- خلو أعمالهم من النظام والترتيب.

6- الابتعاد عن المشاركة التي تتطلب مجهوداً عقلياً سواء ما يتعلق بالأنشطة، أو المواد الدراسية.

7- نسيان الأشياء الضرورية، سواء أكانت خاصة بالناحية الدراسية من كتب وأقلام وواجبات منزلية، أو بالأنشطة والألعاب.

8- انتقال الانتباه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

9- نسيان الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها.

ب- النشاط الحركي المفرط Hyperactivity :

يعد النشاط الحركي المفرط من الأعراض الأكثر تميزاً لهذا الاضطراب عند الأطفال ويظهر غالباً لديهم سلوك مزعج وغير مريح فهم لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع أقرانهم أو والديهم أو مدرسيهم. ويعانون من ضعف في قدرتهم على التحكم في حركاتهم الجسمية والاستجابات الاندفاعية، وتتنوع الأعراض وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف، حيث يوصف هؤلاء الأطفال بأن لديهم إفراطاً في الحركة، وصعوبة الانخراط في الأنشطة الهادئة بما فيها مشاهدة التلفزيون، ويمتد هذا النشاط عبر مواقف كثيرة حتى أثناء النوم، وهو أكثر حدوثاً في المواقف الرسمية النظامية عن المواقف غير الرسمية، وأكثر قابلية للملاحظة في الفصول الدراسية، ولذلك فهو يشخص من أول وهلة أثناء سنوات الدراسة المبكرة(يوسف،2000: 45).

وقد أشار فولرFowler إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي لدى الأطفال المضطربين وعدم التقبل الاجتماعي لحركاتهم المفرطة، فقد يقومون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة، كما يكون لديهم صعوبة في البقاء جالسين لفترة طويلة، وينشغلون في عمل أشياء مزعجة كالسقوط عن الكرسي، وقرع الأصبع،

وقد يصدرون أصواتاً غير ملائمة محدثين ضوضـــاء، أو يتكلمـــون بـــصـــوت عالـــي (دبيس والسمادوني،1998: 92).

وتوصلت فيولا البيلاوي (1990) إلى عدة مظاهر تميز مـــشكلة النـــشاط الزائد عن غيرها من المشكلات وهي كثرة الحركة، وعدم الاستقرار في مكـــان واحد، وإحداث الفوضى والضجيج ،وعدم التروي، وعدم القدرة على الجلوس في مكان واحد، وعدم القدرة على إتمام أي عمل يكلف به الطفل (البيلاوي،1990: 120).

فالنشاط المفرط يحتوي على ثلاثة مكونات رئيسية هي: العنصر الحركـــي الذي يشيع بين الأطفال في عمر ماقبل المدرسة، والعنصر المعرفي الذي يـــشيع في مرحلة التعليم الأساسي ويظهر في عدم القدرة على الاستمرار فـــي المهـــارة وإتمامها، والعنصر الاجتماعي والذي يظهر بشدة في مرحلة المراهقة (كيـــرك و كالفانت،1984: 114).

وتتباين صور النشاط حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي واضح إلى تململ. وبشكل عام يظهر في مرحلة ماقبل المدرسة كحركة دائبة غيـــر هادفـــة بحيث ينتقل من موضوع أو مكان إلى آخر. وفي مرحلة المدرسة يظهر الطفـــل المضطرب الضجر والتململ وعدم الهدوء في جلسته، ويفـــشـــل فـــي إنهـــاء الـــــواجبات المـــنزلـــــية، ويتمـــيز بالإهمـــال واللامبـــالاة (ED Pubs U .S .Department of Education,2004:1).

وأشارت الجمعية الأمريكية (APA,2000:268) إلى أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي يتميزون بالأعراض التالية:-

1- القلق والتململ في الجلوس.
2- مغادرة المقاعد الدراسية عندما يتوقع منهم البقاء فيها.
3- الركض والقفز بإفراط في أوقات غير مناسبة.
4- صعوبة الاشتراك باللعب الهادئ.

5- التحدث المفرط.

6- الحركة المستمرة.

ج- الاندفاعية Impulsivity :

تعد الاندفاعية إحدى المظاهر السلوكية المصاحبة لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط عند الطفل ويتمثل السلوك الاندفاعي لديه بعدم القدرة على التحكم بالذات، والتسرع في اتخاذ القرارات والاندفاع في رد الفعل، والتفكير بعد قيامه بالعمل أي بعد حدوث الكارثة، فهو يشعر بالذنب وتأنيب الضمير بعد كل سلوك اندفاعي يقوم به، ومع ذلك لا تعيقه هذه المشاعر عن القيام بمثل هذا السلوك الاندفاعي غير الملائم مرة أخرى في المستقبل (سيسالم،2002: 182).

والاندفاعية تعني التهور والعشوائية في إصدار الأفعال والاستجابة لأول فكرة تطرأ على بال الطفل، وعدم القدرة على كف الدفعات الداخلية والاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل (القاسم وآخرون،2000: 119).

أي أن الأطفال يستجيبون قبل أن يفكرون ولذا يطلق على الأطفال المضطربين بأنهم الذين توجههم نزواتهم (الخطيب،2001: 181).

وتظهر الاندفاعية في سرعة الاستجابة وعدم المقدرة على تأجيلها وكفها والتحكم فيها، فقد تظهر في الإقدام على سلوكيات خطيرة، ومن ثم التعرض لكثير من الحوادث. كما قد تظهر في شكل استعجال وعدم التأني، ومقاطعة الآخرين في الحديث، وعدم التروي فيه، والبحث عن الاستثارة، والانجذاب للتعزيز الفوري، والفشل في التعرف إلى عواقب السلوك، وفي تأجيل الإشباع، وضعف ضبط الذات، وصعوبة توجيه السلوك وضبطه وفقاً للأوضاع والمواقف المتنوعة (قزاقزة،2007: 32).

وأشارت الجمعية الأمريكية (APA,2000:269) إلى إن الأطفال الاندفاعيين يتميزون بالأعراض التالية:-

1- الإجابة عن الأسئلة قبل إتمامها.

2- صعوبة انتظار الدور.

3-مقاطعة الآخرين والتدخل في أعمالهم.

2-الأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

ترتبط الأعراض الأساسية للاضطراب بعدد من الأعراض الثانوية وقد اختلف المهتمون بهذا الاضطراب حول هذه الأعراض، فهناك من يرى أن هذه الأعراض تحدث نتيجة للأعراض الأساسية، وهناك من يرى أنها أعراض مستقلة ترتبط بالاضطراب ولكنها تتكرر على نحو اقل من تكرار وحدوث الأعراض الأساسية وهي ليست بالضرورة تظهر جميعها لدى الأطفال المضطربين (Barkley (b),1995:59).وقد أشارت الأدبيات في هذا المجال إلى عدد من هذه الأعراض الثانوية التي تصاحب الاضطراب أبرزها:-

أ- ضعف العلاقة بالآخرين:Others' Weak Relationship

يظهر بعض الأطفال المضطربين علاقات قاصرة ومحدودة مع الأطفال الآخرين. حيث يتصف هؤلاء الأطفال بعدم التعاون مع بقية الأطفال أثناء تأديتهم للمهام المختلفة، ولا يلتزمون بقواعد اللعب، ويغضبون بسرعة، وضعف تحملهم للإحباط، ويحملون الآخرين مسئولية أخطائهم، وقد يظهرون سلوكيات التعدي والقسوة، وإتلاف الممتلكات، وعدم التفكير بنتائج أفعالهم. مما يسبب نفور الآخرين منهم ورفض التعامل معهم (الطالب،1987: 26)(سيسالم،2001: 30).

ب- السلوك العدواني: Aggressive Behavior

يظهر بعض الأطفال المضطربين سلوكاً عدوانياً ناتجاً عن تراكم خبرات الفشل والتجاهل والخبرات السلبية التي مرت بهم حيث يميلون للاستجابة بعدوانية

لفظيه أو بدنيه حينما يتعرضون للإحباط أو يتم إيذائهم انفعالياً أو تجاهلهم من قبل الأطفال الآخرين ولا يهتمون بأثر سلوكهم العدواني نحو الآخرين، كما يتميـزون بالنزعة نحو إيقاع الأذى بالآخرين ومضايقتهم، وعدم القدرة على ضبط ذواتهـم، فضلاً عن أنهم غير مطيعين ومشاكسين وغير ناضجين ودائماً ما يكونوا مصدر إزعاج ومشكلات للآخـرين، والغالبية منهـم تتسـم سـلوكياتهم بالتحـدي والمعارضـة حيث يجادلـون الكبـار باستمرار ويرفضـون إتباع تعليمـاتهم (سيسالم، 2001: 31)(الدسوقي،2006: 48).

ج- ضعف التحصيل الدراسي: Academic Achievement Weakness

يعاني بعض الأطفال المضطربين من ضعف التحصيل الدراسـي بـسبب ضعف قدرتهم على فهم المعلومات التي يستقبلونها لصعوبة إنصاتهم، وفهمهم لما يسمعون، وضعف قدرتهم على التذكر واستدعاء المعلومات المناسـبة، وضـعف القدرة على التفكير فهم لا يستطيعون تركيز التفكير في العمل مما يؤدي إلى زيادة أخطائهم. وهم يفشلون بالنجاح من المرة الأولى في إحدى سنوات الدراسـة فـي مرحلة التعليم الأساسي (عبد المعطي، 2003: 238).

ومن الأسباب الأساسية التي تؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسـي هـي: قصور الانتباه، والاندفاعية في الفعل ورد الفعل، والإفراط في النشاط الذي يؤدي إلى إعاقة الانتباه، والفشل في الاحتفاظ أو تخزين المعلومات (الزيات،2002: 35).

د- صعوبات التعلم: Learning Disabilities

يعاني بعض الأطفال المضطربين من صعوبات فـي الـتعلم تتمثـل فـي صعوبات في القراءة لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة ويقفـزون من جملة إلى أخرى ومن فقرة إلى أخرى تاركين بعض السطور أو الفقرات دون قراءة، وصعوبة في الكتابة وكثرة الأخطاء اللغوية حتى لو تم نقل المعلومة مـن مصدر آخر فضلاً عن كثرة الشطب والمحو في كتاباتهم، وصعوبة فـي إجـراء

العمليات الحسابية لضعف قدرتهم على التفكير والـــربط بين المعلومـــات (عبـــد المعطي، 2003: 238)، وتقدر نسبة الأطفال المضطربين الـــذين يعـــانون مـــن صعوبات في التعلم بين (60-80%) (الدسوقي،2006 : 48).

هـ- ضعف الاتزان الانفعالي :Emotional Instability

يتصف بعض الأطفال المضطربين بضعف الاتزان الانفعالي والذي يظهر لديهم على شكل: تقلب مفاجئ وسريع في المزاج، وعدم توافقهم في ردود أفعالهم الاجتماعية أو استجاباتهم مع الحدث أو المثير، والفشل في التعبير عن مشاعرهم الخاصة مثل الشعور بالسعادة، والدهشة، والحزن، والخـــوف. وأن (20-30%) منهم يعانون من التوتر أو القلق، و (10-40%) منهم يعانـــــون من اضطراب الحالة المزاجية. والبعض منهم كثير البكاء ولا يتحملون النقد (الطالـــب،19987: 31)(الدسوقي،2006: 51).

و- انخفاض تقدير الذات :Low Self-Esteem

قد يظهر الأطفال المضطربون انخفاض في تقديرهم لذواتهم على خـــلاف الأطفال العاديين، وذلك لكثرة المشكلات والصعوبات التي تواجههم أو التجـــارب الفاشلة التي يمرون بها بسبب سلوكياتهم المندفعة والمتهورة، بالإضافة إلـــى مـــا يواجهونه من نقد وتعامل سلبي من أقرانهم والأفراد الذين يتعاملون معهـــم ممـــا يؤدي إلى ضعف فكرتهم عن ذواتهم وفقدانهم ثقتهم بأنفسهم (سيسالم،2001: 32)

وقد أشارت الأدبيات إلى وجود أعراض مصاحبة أخرى لهذا الاضـــطراب عند الأطفال منها: شرود الذهن، وصعوبة الإرضاء، والإصرار والإلحـــاح فـــي سلوكياتهم، والفوضى وعدم النظام، والعجز المعرفي، وضعف الطاعة للآخرين، والقابلية للإثارة بسهولة، واضطرابات في النوم، والتعرض للحوادث، واضطراب في الوظائف الحركية، ومشكلات في التواصل، وصعوبات في التناسق والتـــآزر

الحركي (الأدغم وآخرون،1999: 10) (يحيى،2000: 108) (الخطيب،2001: 182)(شقير،2002: 72-74)(عبد المعطي،2003: 237)(محمد،2004: 217-218).

يبدو مما تقدم إن الأطفال المضطربين لا يقتصر اضطرابهم على الأعراض الأساسية بل هناك أعراض ثانوية مصاحبة لا يمكن تجاهلها لذا فان الباحثة ستأخذ هذه الأعراض الثانوية بالاعتبار في إعداد مقياس التشخيص.

رابعاً:أسباب الاضطراب.

تعددت الأسباب المؤدية إلى الاضطراب عند الأطفال نظراً لتعدد الآراء الطبية والتربوية والنفسية في تفسيره.

وقد تعزى أسباب الاضطراب إلى عوامل وراثية، وبيولوجية، ونفسية واجتماعية، وأسرية، وتربوية، وعوامل بيئية. ومن خلال مراجعة الأدبيات والدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تم استخلاص الأسباب الرئيسية التي قد تؤدي إليه وعلى النحو الآتي:

1- الأسباب الوراثية:

يؤدي العامل الوراثي دوراً هاماً في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال انتقال الصفات الوراثية المسئولة عن عملية الانتباه من الآباء إلى الأبناء والتي تؤدي بدورها إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية في المخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الصفات الوراثية لعيوب تكوينية ينجم عنها تلف أو ضعف بعض خلايا المخ تؤدي بدورها إلى ضعف في نمو المراكز المسئولة عن الانتباه والتركيز(احمد،وبدر، 1999: 39-40).

وتؤيد بعض الأدبيات أهمية العامل الوراثي في انتقال الصفة الوراثية للاضطراب فقد أشارت إلى أن نسبة (10%) من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا هم أيضاً مفرطو الحركة في طفولتهم، وتشير إلى أن حالات الاضطراب

تنتشر بين أفراد الأسرة نفسها، ويظهر عند الأخوة الأشقاء بشكل اكبر من الأخوة غير الأشقاء (حمودة،1991: 204).

وتؤكد نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة والأخوة في الأسرة الواحدة وجود تماثل في تشخيص الاضطراب لدى (81%) من التوائم المتماثلة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة المتشابهة في النوع، وكذا الدراسات التي أجريت على الأقارب من الدرجة الأولى (الأخوة والأبوين) للأفراد ذوي الاضطراب أن (25%) منهم يتم تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع (7%) فقط من أقارب الأفراد غير المصابين بالاضطراب (Anastopoulos&Barkley,1990:397-431).

وأكد بيدرمان وآخرون (1990) أن (25%) من الأطفال المضطربين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بالاضطراب بينما تبلغ النسبة (5%) في عموم الأطفال المضطربين في المجتمع(Biederman&etal,1990:530) .

وتوصل باركلي Barkley (1999) في دراسته التي أجريت على التوائم المتماثلة الى أن إصابة احد التوائم بهذا الاضطراب يكشف عن إصابة التوأم الآخر مابين (11-18) مرة أكثر من احتمال إصابة الأخ غير التوأم. وان (55-92%) من التوائم المصابين بالإضطراب سيظهر لديهم لاحقاً (باركلي،1999: 48-53).

ويشير موريسون وستيوارت (Morrison&Stewart) إلى أن (20%) من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب كان احد والديهم يعاني منه في مرحلة سابقة بينما لم تظهر مثل هذه النسبة لدى الأطفال غير المصابين (ريزو وزابل ج1، 1999: 470).

وأشارت نتائج دراسة أندرسون وآخرون (1994) إلى أن (20%) من الأطفال المضطربين كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من الاضطراب أثناء طفولتهم

وان ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك مضاد للمجتمع (Anderson&etal,1994:247-265) .

وقد أشارت بعض الأدبيات إلى أن (30-50%) من عائلات الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يوجد لديهم آباء أو أقارب مصابون بالاضطراب أيضاً أو يعانون من بعض مظاهره (وايدانمان وبيرز،2004: 111) (الخشرمي،2004: 86).

2- الأسباب البيولوجية:

تشير الأدبيات والدراسات التي تناولت أسباب الاضطراب من الجانب البيولوجي إلى وجود عدة أسباب رئيسية أهمها:

أ- خلل في وظائف المخ:

قد يعود سبب الاضطراب إلى خلل في المراكز المسئولة عن عملية الانتباه في المخ. فعملية الانتباه تنقسم إلى عدد من العمليات الأولية، كالتعرف على مصدر التنبيه ومركزه في الفصوص الخلفية للمخ، وتوجيه الإحساس للمنبه ومركزه في وسط المخ، والتركيز على المنبه ومركزه في الفص الجبهي الأيمن، ونظام التنشيط الشبكي للمخ الذي يعمل على تنمية القدرة الانتباهية وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه من بين مجموعة من المنبهات الدخيلة. وفي حالة وجود خلل في وظائف احد هذه المراكز فان المعلومات التي يعالجها المخ تصبح مشوشة وغير واضحة مما يحدث تشتتاً في الانتباه وإفراطاً في الحركة (Mealer&etal,1996:138) .

وتضمن تقرير نشر عن المعهد القومي للصحة National Institute of Health بالولايات المتحدة الأمريكية يشير إلى أن الأطفال المضطربين يتميزون بصغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ وعدم تناسق نشاط الكتلة العصبية لديهم مقارنة بالأطفال العاديين الذين يظهر لديهم الجزء الأيمن من المخ يبدو اكبر من الجزء الأيسر (Rapoport,1996:122).

ويظهر من استخدام الرنين المغناطيسي للأطفال المضطربين في تحديد جوانب الضعف التشريحية لديهم وجود دلائل على ظهور نمو شاذ في الفص الجبهي، وعدم التناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن والأيسر (حمودة،1991: 204).

وأشارت(شقير 2002) في دراستها بان منطقة(Vermis) في المخيخ تكون صغيرة عند المصابين بالاضطراب وهذه المنطقة المختزلة في حجمها هي نفسها التي تتحكم في عملية الانتباه (شقير،2002: 79).

وأن الأطفال المضطربين يستخدمون الجزء الأيمن من المخ بتشغيل المعلومات وفي إتباعهم لأساليب التعلم يظهرون ميلاً لان يكونوا متعلمين حركيين، بينما الأطفال غير المضطربين يستخدمون الجزء الأيسر من المخ في تشغيل المعلومات يكونون مفكرين منطقيين، ومتعلمين سمعيين وبصريين (الدسوقي،2006: 115).

ولوحظ وجود شذوذ في رسم المخ عند حوالي (65%) من الأطفال المضطربين وخاصة عندما يكون الاضطراب مصحوباً بمظاهر عضوية، وعند (25%) من الحالات غير المصحوبة بمظاهر عضوية (عكاشة، 1998: 632).

أما الدراسات الالكترونية الفسيولوجية (Electrophysiology) الخاصة التي أجريت على الأطفال المضطربين فقد توصلت إلي وجود بعض جوانب الشذوذ في الكثافة المنخفضة في موجات ألفا (Alpha) أو غياب موجات ألفا المنتظمة، أو مقادير صغيرة من موجات بيتا (Beta). وعند تحليل رسم المخ الكهربي (EEG) على الحاسب والذي يطلق عليه التحليل الكمي في رسم المخ الكهربي (QEEG) أظهر زيادة في نشاط الموجة البطيئة ثيتا (Theta) مع فقدان نشاط الموجة السريعة (بيتا) خلال المهام التي تتطلب التركيز والتآزر (عبد المعطي،2003: 241).

إن سبب الاضطراب قد يكون نتاج قصور في العقدة العصبية القاعدية الأمامية (Ganglia Frontal-Basal) وذلك من خلال الدراسات التي استخدم فيها الرنين المغناطيسي، والدراسات النفسية العصبية التي استخدمت فيها مقاييس ركزت على الوظائف النفسية المعرفية التنفيذية مثل التخطيط، وإستراتيجيات التنظيم، ودعم وظائف الذاكرة العاملة والتي توصلت نتائجها إلى أن العقدة الأمامية القاعدية تلعب دوراً فيها (قزاقزة،2007: 38).

ب- خلل كيميائي للناقلات العصبية:

إن الناقلات العصبية في المخ عبارة عن قواعد كيميائية وظيفتها نقل الإشارات العصبية بين مراكز المخ. فالنقص الذي يحدث في مادة السيروتونين (Serotonin)عند الأطفال سيؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب غير إن هذه الأعراض تختفي عند استخدام العلاج الطبي، كما يظهر الاضطراب عند حصول نقص في أمينات الكاتيكول(Catechol Amines)، ونقص في نشاط الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (Mono Amines) (حمودة،1991: 204).

قد يعود الاضطراب إلى وجود اختلافات في نشاط الدوبامين(ب) والهيدروكسيلاس(Dopamine-B-Hydroxyls) وهذا الأنزيم هو المسئول عن نقل (الدوبامين إلى النورابنفرين) الذي يعمل على أعادة التوازن الكيميائي للناقلات العصبية وعلاج الاضطراب في المسار التركيبي للأمينات الكاتشولامين (Catecholamine) حيث أن نقصه يؤدي إلى نقص الانتباه (عبد المعطي،2003: 242).

وبين كلارك وآخرون (Clarke&etal,2002) وجود عيوب في أيض الدوبامين و النورابنفرين مما يؤدي إلى انخفاض معدل النشاط بأجزاء معينة من المخ وتكون مسئولة عن التحكم الحركي والانتباه (الدسوقي،2006: 110).

ج- ضعف النمو العقلي:

قد ينشأ الاضطراب نتيجة انخفاض مستوى الذكاء لدى الأطفال، حيث يؤثر النمو العقلي على كفاءة الانتباه لديهم، وهذه الكفاءة تتناسب طردياً مع مستوى النمو العقلي والمعرفي وبالعكس يؤدي ضعف النمو العقلي إلى ضعف المراكز العصبية الخاصة بمعالجة العمليات الانتباهية في المخ. ولهذا نجد أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى من نسبة انتشاره بين أقرانهم من الأطفال العاديين (عبد المعطي،2003: 243)(بدر،2005: 169).

وعلى الرغم من وجود دراسات كثيرة تؤيد أن هذا الاضطراب نتيجة تلف في المخ إلا أن هناك دراسات أخرى لا تؤيد ذلك. وهذا يعني انه ليس كل تلف في المخ يؤدي إلى هذا الاضطراب وليس كل اضطراب يعني أن هناك تلفاً في المخ.

ويؤيد ذلك نتائج دراسة فراج (1999) التي أشارت إلى استبعاد تلف خلايا المخ كعامل مسبب لهذا الاضطراب لان تلف المخ لابد أن يؤدي إلى قصور في معدل الذكاء مع أن نسبة عالية ممن يعانون من هذا الاضطراب لديهم مستوى ذكاء معتدل وربما البعض منهم لديهم نسبة ذكاء مرتفعة، كما أن تلف خلايا المخ ووظائفه لا يمكن علاجه لان خلايا الجهاز العصبي التالفة لا تعوض أطلاقاً، بينما أظهرت البحوث المسحية عن وجود حالات استجابة للعلاج وتماثلت للشفاء وهذا لا يمكن أن يحدث أذا كان العامل المسبب عضوياً، ولوحظ ظهور بعض المهارات والمواهب الفنية، أو الأدبية، أو العلمية، أو الرياضية لدى بعض الأطفال المصابين بهذا الاضطراب (فراج،1999: 28) .

ويفترض فلاين وهوبسون (Flynn&Hopson 1981) أن حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب، كما أن العجز في أبنية المخ الوسطى وعدم القدرة على إحداث التوازن بين ميكانزمات الكف والاستثارة يؤدي أيضاً إلى حدوث الاضطراب (دبيس والسمادوني،1998: 94) .

وطبقاً لنموذج (باركلي) فان الكف يلعب دوراً في المواقف التـــي تتطلـــب امتناع أو توقف فجائي للفعل أو الفكر المستمر. فالكف النـــاقص يـــؤثر بطريقـــة مباشرة على الذاكرة العاملة، تنظيم الذات، التحدث الداخلي، إعادة التؤســـس- أي القدرة على إعادة بناء السلوك- مما يجعل الأطفال المضطربين يبدو كأنهم يعملون بدون تفكير وهذا يؤدي إلى عدم استفادتهم من القدرة على استخدام استراتيجيات الضبط (Schachar&etal,2002:267).

3- الأسباب النفسية والاجتماعية:

يرى علماء النفس أن اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط يرجع مباشرة إلى أسباب نفسية واجتماعية تبدو أعراضه واضحة في السلوك الظاهري للطفل.

وقد تعددت الأسباب النفسية والاجتماعية المؤدية إلى حدوث الاضـــطراب عند الأطفال منها: الضغوط النفسية والإحباط، وسوء التوافق الاجتماعي.

فالضغوط النفسية والإحباط الذي يتعرض له الطفل يجعله يشعر بعدم الثقة بالنفس، وتدني في مفهوم الذات، وعدم الرضا عن أعماله وتصرفاته، وإضـــعاف معنوياته، والانسحاب نحو عالمه الخـــاص، ويحـــاول الانتقـــام مـــن الآخـــرين (الزعبي،2001: 171)، وتؤدي به إلى الشعور بالوحدة، والقلق، والاكتئاب. وهذا ما أيدته نتائج دراسة بيتر وآخرون (1993) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين كل من القلق و الاكتئاب واضطراب الانتباه (Peter&etal,1993:1203-1210)

وأن العقاب البدني المتكرر للطفل، وكثرة الأوامر والتعليمات تـــسبب لـــه إحباطاً مما يجعله يلجأ إلى الأساليب السلوكية غير المرغوب فيها بسبب معاناتـــه من الإحباط (اليوسفي،2005: 32) .

كما يعاني الطفل من سوء التوافق الاجتماعي لكونـــه منـــدفعاً، وعـــدوانياً، وعنيداً، ويرفض إتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامـــل مـــع الآخـــرين، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين، ويتسم كذلك بالطمع الشديد ولا يرضى بنصيبه،

ويتدخل في أنشطة الآخرين وأحاديثهم ويقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تؤذيهم دون اعتبار لمشاعرهم. لذا فان المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية، فهو لا يتوافق معهم اجتماعياً (أحمد وبدر،1999: 66) .

ويتميز الأطفال المضطربون بأنهم غير ناضجين ويعانون من صعوبة في إظهار استجابات انفعالية مناسبة فقد يضطربون بشكل كبير عندما يواجهون إحباطاً بسيطاً، وربما يصبحون سعداء وفرحين لدرجة لا يمكن التحكم فيها عندما يحدث لهم ما يسعدهم. وقد يظهر هؤلاء الأطفال الخشونة والعدوانية الغير مقصوده في لعبهم تبعد الأطفال الآخرين عنهم (جلجل،2005: 338).

4-الأسباب الأسرية:

تعد العلاقات الأسرية المضطربة سبباً آخر للاضطراب عند الأطفال نتيجة لكثرة المشكلات التي قد تؤدي إلى الطلاق بين الوالدين وتجعل الطفل حائراً ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بمهمات مختلفة ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها (الزعبي،2001: 172).

أن أساليب المعاملة الخاطئة التي قد تتسم بالرفض الصريح، الإهمال، العقاب البدني والنفسي الشديد، النبذ وإحساس الطفل بأنه غير مرغوب فيه، الحرمان العاطفي داخل الأسرة، الحماية الزائدة، التدليل الزائد، من الأسباب المؤدية إلى الاضطراب عند الأطفال (احمد،و بدر،1999: 143)(القمش والمعايطة،2007: 47) .

فالرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل من الطفل ضحية لهذه الخلافات مما يؤدي به إلى الهروب من هذه الأجواء، وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أقواله و أفعاله، ويقوم بنشاطات وأفعال غير مقبولة في المجتمع (الزعبي،2001: 172).

إن هذا الاضطراب يجعل الطفل ووالديه عرضة لبعض الاضطرابات الانفعالية حيث يشعر الطفل بالفشل وينخفض تقديره لذاته ويشعر بالوحدة النفسية والقلق نتيجة قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة واضطراب علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به (احمد وبدر،1999: 88).

وقد تتسم تفاعلات الأمهات مع الأطفال بزيادة الأوامر والتوجيهات والانتقاد والإشراف والعقاب، و بالقسرية من جانب الآباء مما يولد الشعور بالإحباط والغضب اتجاه الطفل (ميركولينو وآخرون،2000: 313).

وكذا فالأسرة غير المستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية يكون أطفالها أكثر عرضة للاضطراب ومن مظاهر عدم الاستقرار التي أشارت إليها الأدبيات في هذا المجال مرض احد الوالدين، أوالطلاق، أوسفر احدهما، أوموته، أوسوء الانسجام الأسريّ لأي سبب، أو سوء الظروف الاقتصادية أو الظروف البيئية للأسرة (حمودة،1991: 205).

أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية لدى الأطفال. وقد أثبتت الدراسات إلى أن أعراض الاضطراب تكون أكثر ظهوراً في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والأسر المتصدعة لإهمال الوالدين للطفل وعدم رعايته (اليوسفي، 2005: 31).

أن النشاط الزائد هو نتاج ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل الوالدين، وان الطرق الضعيفة التي تستخدم لتعديل سلوك الطفل تؤدي إلى حدوث هذا النشاط. ويؤيد الإكلينيكيون صحة هذا الاعتقاد إذ توصلت نتائج دراساتهم إلى أن أباء الأطفال المضطربين كانوا أكثر استخداماً للأوامر وللأساليب العقابية وهم قليلاً ما يستخدمون المكافآت مع أبنائهم (الطالب،1987: 41) .

وقد أشارت الأدبيات إلى أهمية النموذج أو القدوة في الأسرة كسبب من أسباب هذا الاضطراب. فقد أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطاً يزيد من مستوى نشاطه عندما يحاكي طفلاً أكثر نشاطاً في الأسرة التي ينتمي إليها (شقير،2002: 82).

ويشير ريزو وزابل (1999) إلى أن الأطفال المضطربين يتعلمون الأنماط السلوكية لهذا الاضطراب من خلال ملاحظتهم لهذه الأنماط التي يتسم بها والديهم (ريزو وزابل ج1، 1999: 471).

ويعد التعزيز الاجتماعي سبباً في تطور الاضطراب عند الأطفال واستمراريته إلى مراحل متقدمة. فحصول الطفل في مرحلة ماقبل المدرسة على التعزيز المستمر لنشاطه الزائد يؤدي إلى استمرار هذا النشاط عند دخوله المدرسة وعندما تفرض عليه القيود والواجبات فيها فسوف يزداد هذا النشاط من اجل الحصول على التعزيز الاجتماعي والانتباه الذي كان يحصل عليه في السابق (شقير،2002: 82).

5- الأسباب التربوية:

أن الجو النفسي الذي يعمل ضمنه الأطفال في المدرسة يسهم إلى حد كبير في استدعاء السلوك المضطرب أو إبعاده. فالبيئة المفتوحة المدعمة تساعد على ظهور السلوك الايجابي بينما البيئة المغلقة بالأنظمة والعقوبات تعمل على زيادة السلوك المضطرب (ماريون،1997: 38).

وأشارت منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية إلى أن الاضطراب قد يعزى إلى البيئة المدرسية عندما لا تتوافر البرامج الخاصة التربوية الفردية والجماعية التي يحتاجها الأطفال لخفض الاضطراب لديهم(NMHA,2001:3) ، كما أن السلطة الجديدة التي يواجهها الطفل في المدرسة قد تكون عبئاً اجتماعياً يساعد على ترسيخ الاضطراب لديه.(حمودة،1991: 205) حيث تتطلب البيئة المدرسية من الطفل القيام ببعض الأعمال اليومية المتكررة التي تحتاج إلى الاستقرار والنظام وتركيز الانتباه مثل الوقوف في طابور الصباح، والجلوس بهدوء لفترة زمنية لسماع الدرس من المعلم، والمشاركة بالأنشطة المختلفة (الميلادي،2004: 45).

ومن العوامل المدرسية الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطراب لدى الطفل استخدام أساليب تربوية متشددة مثل (العقاب غير المدروس وغير المبرر)، وطرائق التدريس غير المناسبة، ومقارنة الطفل بأقرانه باستمرار (سالم،1994: 389).

ويشير (خليفة وعيسى،2007: 199-200) أن المدارس وما يتم فيها داخل حجرات الدراسة ممكن أن يدعم عن غير قصد سلوك اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل عندما:

1- يقوم المعلمون الواقعون تحت ضغط تغطية المنهج بالانتقال بسرعة شديدة على الرغم من علمهم بحاجة بعض التلاميذ إلى وقت إضافي.
2- تكون السمة الرئيسية للتدريس هي التلقين.
3- تنظيم الفصل الدراسي يسمح للتلاميذ بالتواري عن أعين المعلم وإثارة الإزعاج.
4- النظام استبدادي وغير عادل.
5- فرص التنقل داخل الفصل الدراسي قليلة أو معدومة وما على الطلاب إلا الجلوس أو الإنصات.
6- فصول الدراسة شديدة الحرارة أو شديدة الظلمة.
7- فرص التلاميذ للتفاعل مع بعضهم قليلة أو محدودة.
9- التوتر الوجداني داخل الفصول الدراسية.

وأشار ميركولينو وآخرون (2000) إلى إن نسبة ما يكرس من اليوم الدراسي للنشاطات التي تجعل الأطفال يستجيبون بفعالية للتعليم تقل عن(15%) أما نسبة ما تبقى من الوقت فيتم قضاؤه في تنظيم الحجرة الصفية، وإدارة السلوك، والاستجابة السلبية للتعليم مثل الإصغاء للمدرس، أو النظر إلى السبورة. قد تكون هذه النسبة من الاستجابة الفاعلة للتعليم كافية للمتعلمين الأكفاء ليتماشوا مع التوقعات الصفية، لكنها غير كافية للأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط فهم لا يستفيدون من فرص الاستجابة النشطة، بسبب تدني نسبة سلوكهم الذي يدل على المواظبة على المهمة وانخفاض إنتاجية العمل لديهم بالنسبة لأقرانهم (ميركولينو وآخرون،2000: 103).

6- الأسباب البيئية:

تؤثر البيئة بعناصرها المختلفة على حدوث الاضطراب فقد تزيد من حدته أو تساهم في ظهوره. وقد أشارت الأدبيات والدراسات السابقة إلى عدد من الأسباب منها تعرض الأم الحامل للإشعاع أو تناولها للكحول والمخدرات أو بعض العقاقير الطبية،أو

إصابتها ببعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، أو الزهـري، أو الجـدري وغيرها من الأمراض التي تؤدي إلى تشوهات وعيوب خلقية قد تترافق مع هـذا الاضطراب. أو الولادة قبل الأوان أو الولادة العسرة التي ينتـج عنها تلف بعض خلايا المـخ نتيجة نقـص الأوكـسجين قبـل أو أثنـاء الـولادة (احمـد وبدر،1999: 40-41) (القبالي،2006: 26).

وقد يحدث الاضطراب نتيجة تعرض الطفل إلى حالات الصدام في منطقـة الرأس أو السقوط من مكان مرتفع على نفس المنطقة، أو أصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية، أو الالتهاب السحائـي، أو الحمـى القرمزيـة مما يؤدي إلى إصابة المـراكز العصبية في المـخ المسئولة عن الانتباه في الفص الجبهـي والفصوص الخلفية (بدر،2005: 170)(عبد المعطي،2003: 244).

وقد يعود الاضطراب إلى تسمم الأطفال بمادة الرصاص الذي يدخل كمركب كيميائي لطلاء لعب الأطفال الخشبية وأقلام الرصاص (الخطيب، 2001: 184).

وسجلت الدراسات إلى أن الأطفال المضطربين لديهم كميات كبيرة من مادة الرصاص في أوعيتهم الدموية. وهذا يسبب اللامبالاة وضـعف فـي التركيـز، وصعوبات في التعلم.ومادة الرصاص أصبحت الآن منتشرة بكثرة بسبب التلـوث الصناعي في البيئة المحيطة والذي يعد من العوامل المقلقة والمسببة للاضـطراب (الشربيني وصادق،2003: 347).

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية National Institute of Mental Health إلى أن الغذاء الذي يحتوي على السكريات بدرجة عاليـة قـد يـسبب الاضطراب وخاصة عند الأطفال الذين لديهم الحساسية من هذه الأغذيـة. وقـد أثبتت دراسات المعهد إلى إتباع الحمية في تناول هذه الأغذية يؤدي إلـى شـفاء (5%) من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. كما أشـارت المنظمـة إلـى أن محسنات الطعام الصناعية والمواد الحافظة المضافة للطعام والتي تكسب أطعمـة

الأطفال الطعم أو النكهة المميزة كما هو في بعض المثلجات والمعجنات والفطائر المتوافرة في الأسواق قد تكون سبباً آخر له (NIMH,2006:1-20) .

أن نقص الأغذية الغنية بالأحماض الدهنية خاصة Omega-3 ، ونقص الكالسيوم، وارتفاع نسبة النحاس في الدم، ونقص الحديد، ونقص المنغنيز، ونقص اليود له علاقة بحدوث الاضطراب لدى الأطفال (الدسوقي،2006: 113).

كما وقد يعود الاضطراب إلى تناول الطفل لبعض العقاقير الطبية التي تدخل في علاج بعض الأمراض التي يتعرض لها مثل الصرع وأوجاع البطن (المغص) والصداع كعقار الفينوباربيتال (حمودة،1991: 205) .

وأشارت(شقير) إلى أن تعرض الأطفال للإضاءة العادية (الفلورسن) أو الإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز قد يؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي قد يسبب الاضطراب (شقير،2002: 81).

وأقترح (ستراوس وآخرون Strauss&etal) (نظرية الفيضان) Overflow Theoryالتي تعود بتفسير الاضطراب إلى تأثير المثيرات الحسية على الأطفال المضطربين حيث اعتقدوا أن مستوى الاستثارة الحسية (سواء السمعية أو البصرية) له تأثير عام في زيادة نشاط الطلاب وتشتتهم. لذلك اقترحوا أساليب علاجية تتضمن عزل الطلاب المضطربين عن أقرانهم باستخدام المقصورات الدراسية، واستبعاد الأثاث الزائد أو غير الضروري، والحد من الزخارف والديكورات والنوافذ في غرف الدراسة بحيث تكون الفصول الدراسية بسيطة وغير مثيرة، على افتراض أن خفض الاستثارة الحسية الناتجة من البيئة (كمدخلات) يمكن أن يؤدي إلى خفض السلوك المضطرب(كمخرجات) (ريزو وزابل ج2 ،1999: 93).

يتبين من خلال العرض السابق أن أساليب الاضطراب متعددة ومتنوعة فقد تعود إلى عوامل وراثية تتضمن انتقال الصفات الوراثية للاضطراب من الآباء

إلى الأبناء، أو إلى عوامل بيولوجية باعتبارها انعكاس لعوامل عضوية عصبية كحدوث خلل وظيفي في المخ أو خلل في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية أو تأخر في النمو العقلي، أو إلى أسباب نفسية واجتماعية تمثلت في الضغوط النفسية و الإحباط وسوء التوافق الاجتماعي، أو إلى أسباب أسرية تمثلت بأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية والنفسية للأسرة ، أو إلى أسباب تربوية تتعلق بالبرامج والمناهج التربوية والأساليب المتشددة، أو إلى أسباب بيئية متعددة كتعرض الأم الحامل لبعض العوامل البيئية أثناء فترة الحمل أو أثناء عملية الولادة، أو تعرض الطفل للحوادث أو تناول الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من السكريات والمحتوية على النكهات والألوان الصناعية التي تسبب الضرر للطفل. وقد ظهرت الأسباب البيئية بوضوح لدى الأطفال المضطربين في البحث الحالي حيث كانت نسبة كبيرة منهم يعانون من ظروف أسرية غير متوافقة تتسم بطلاق الوالدين، وسوء المعاملة الوالدية، وغياب الأب وما ينجم عنه من ضغوط وإحباط لدى الأطفال.

خامساً:تشخيص الاضطراب.

إن تشخيص الاضطراب يتم من خلال استخدام أدوات تقييميه شاملة تعتمد على تقدير السلوك الكلي للطفل وأنماط تفاعلاته مع البيئة، وأشكال نشاطه الحركي، وطريقة أدائه للمهام التي يكلف بها (Meyer,2006:254) .

ولتشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بشكل دقيق أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (APA,2000:269-270) والأدبيات في هذا الجانب إلى ضرورة توافر مجموعة من الشروط عند الطفل لتصنيفه مضطرباً وكالآتي:

1-توافر على الأقل ستة أعراض من تشتت الانتباه، أو النشاط الزائد، أو الاندفاعية

2-ظهور أعراض الاضطراب على الأقل لدى الطفل لمدة ستة أشهر.

3-ظهور الأعراض بشكل أكثر حدة مقارنة بالأطفال الآخرين من نفس العمر.

4-ظهور أعراض الاضطراب قبل عمر7 سنوات.

5-ظهور أعراض الاضطراب على الأقل في بيئتين مختلفتين كالبيت، والمدرسة.

6-إلا تكون الأعراض ناتجة عن مشكلة أو إعاقة أخرى.

7-إلا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب نمائي عام (منتشر) أو الفصام أو أي اضطراب عقلي آخر كان يكون اضطراباً وجدانياً أو اضطراب القلق أو اضطراباً تفككياً أو اضطراب في الشخصية.

ويشترط لدقة التشخيص ما يلي:

1- أن يذكر الوالدان أو المعلمون ثلثي عدد المشكلات المتعلقة بالسلوك المضطرب في كل من الصورتين(المدرسية، والمنزلية) لضمان وجود الاضطراب وتشخيصه بطريقة مناسبة.

2- تكرار المشكلات المتعلقة بالاضطراب بما يفوق أو يتعدى ما يتوقع من الأطفال في نفس العمر العقلي.

3- أن يكون لهذه المشكلات تأثير سلبي على الأداء الوظيفي النفسي والسلوكي ولا يرجع هذا التأثير إلى أنواع أخرى من اضطرابات التعلم أو اضطرابات الشخصية.

وقد نشرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال(AAP,2001:1033-1044) احدث دليل لتشخيص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب اشتمل على مجموعة من العمليات التشخيصية المبدئية وهي:

1- التعرف إلى سلوك الطفل المضطرب من خلال الحصول على المعلومات الأساسية من الأفراد الذين يتعاملون معه أو القائمين على رعايته.

2- التعرف إلى أسلوب التعامل مع الطفل في المنزل والمدرسة والمشاكل الخاصة بالطفل.

3- التعرف إلى إعاقات النمو في بعض المهارات الحركية، أو التذكر، والتحدث.

4- فهم الأعراض السلوكية لمدة ستة أشهر على الأقل قبل بدء البرنامج العلاجي.

وأشارت بعض الأدبيات إلى وسائل وأساليب عدة للتشخيص يمكن اللجوء إليها في سبيل التوصل إلى التشخيص الدقيق للاضطراب عند الأطفال ومنها:

1- تقديرات المعلمين التي تعد على درجة كبيرة من الأهمية للحصول على المعلومات عن سلوك الطفل فهم يعملون مع أعداد كبيرة من الأطفال في الأعمال والأنشطة المدرسية المختلفة مما يمكنهم من مقارنة سلوك كل طفل بأقرانه. (الشخص، 2002: 109)

2- تقديرات الوالدين باعتبارهم في تواصل مباشر ومستمر مع الطفل مما يمكنهم من تقدير سلوك الطفل وأدائه للمهام المختلفة والسمات التي يتميز بها في النواحي الشخصية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية.

3- استخدام بعض الاختبارات والمقاييس كاختبارات الذكاء، واختبار تجانس الأشكال، واختبارات استمرارية الأداء.(محمد، 2004: 219)

ويشير (باضه،2003: 204) إلى ثلاثة طرق لتشخيص الاضطراب عند الأطفال هي:

1- الملاحظة المباشرة: تتطلب الملاحظة ساعات طويلة من العمل من جانب المعلمين لرؤيتهم للطفل في مواقف جماعية كثيرة مقارنة بزملائه من نفس الفئة العمرية. ويمكن للآباء تسجيل ملاحظاتهم عن الطفل أيضاً.

2- المقابلة: وتتم على جلسات محدودة باشتراك الوالدين.

3- موازين التقدير: ومنها استبيان المدرس واستبيان الآباء.

أن عملية تشخيص الاضطراب عند الأطفال تحتاج إلـى جهـد متواصـل وتعاون بين المتخصصين، والآباء والمدرسين. وهي عملية معقدة لعـدة أسـباب منها:عدم توافر أدوات تشخيصية نوعية(مخبريه، وإشعاعية) يمكن إجرائها لتأكيد التشخيص، ولتداخل أعراض هذا الاضطراب مع بعض الاضـطرابات الأخـرى كصعوبات التعلم والمشكلات السلوكية، وضعف الوعي بالاضطراب.

وتجنباً للخلط وضعف التشخيص تم التركيز على الأطفال الذين يظهـرون أنماط سلوكية من تشتت الانتباه وفرط النشاط والاندفاعيـة وبعـض الأعـراض المصاحبة ولكنهم أطفال عاديون من الناحية الفسيولوجية والعقلية وبهـذا يكـون البحث قد تناول الاضطراب كزملة متجانسة من الأعراض.

وقد اعتمد البحث الحالي في التشخيص علـى بنـاء مقيـاس تشخيـصي للاضطراب بصورتيه المدرسية والمنزلية وبما يتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية لأطفال الروضة ويتفق مع الشروط التي حددها الدليل التشخيـصي والإحـصائي الرابع المعدل في التشخيص.

سادساً:أساليب علاج الاضطراب.

يعد العلاج المبكر للاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة ضرورة مهمة للتغلب على الآثار السلبية التي قد تنجم عنه في مراحل النمو اللاحقـة والمتمثلـة بصعوبات أكاديمية كصعوبات التعلم والتذكر والإدراك والانتباه. ومشكلات أسرية واجتماعية تتمثل بسوء التوافق الأسري والاجتماعي، والعنـاد، والتمـرد. وقـد أشارت الدراسات والأدبيات ذات العلاقة المباشرة بموضوع علاج الاضـطراب إلى عدد من التصنيفات المختلفة للأساليب والتدخلات المستخدمة لعلاجه.

فقد صنف كامل (2003)الأساليب العلاجية للاضـطراب إلـى أسـلوبين رئيسين هما: العلاج بالعقاقير، والعلاج النفسي المتـضمن العـلاج بالاسـترخاء

والعلاج بالتدريب على برنامج للعائد البيولوجي للمخ والعلاج بالتدريب على برنامج التحكم الذاتي للسلوك (كامل،2003: 61-63).

وقد صنفَ عبد المعطي(2003) تلك الأساليب إلى أربعة أصناف رئيسية هي: العلاج الدوائي الصيدلاني، والعلاج النفسي المتضمن العلاج السلوكي، والعلاج التحليلي، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الأسري، والتدخلات التربوية (عبد المعطي ،2003: 253-261).

بينما تصنف الخشرمي (2004) الأساليب العلاجية للاضطراب إلى مجموعة من التدخلات والتدريبات والأساليب هي: العلاج النفسي، والتدخل السلوكي البسيط، والعلاج الطبي (الدوائي)، والتدخل المدرسي، وتدريب المهارات الاجتماعية، والتدريب التناسقي بين الحواس والحركات، والتغذية، والعلاج الأسري، والعلاج بالتدخلات التربوية (الخشرمي ،2004: 35-54).

بينما أشارت اليوسفي (2005) إلى الاتجاهات الحديثة لدراسات استخدمت برامج وخطط علاجية فعالة لخفض مظاهر الاضطراب هي: برامج النظام الغذائي، وبرامج وأنظمة طبية، وبرامج تنظيم وتعديل السلوك، وبرامج تعديل السلوك المعرفي، وبرامج تدريب الوالدين (اليوسفي،2005: 38).

وعلى الرغم من تنوع التصنيفات التي تناولت الأساليب والتدخلات لعلاج الاضطراب إلا أنه سيتم استعراض الأساليب الرئيسة التي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة بما يناسب المرحلة العمرية للأطفال في عينة البحث والتركيز على الأساليب السلوكية لكونها الأكثر ملائمة وفعالية لمرحلة الطفولة المبكرة وهذا ما استخلصته الباحثة من الأدبيات والدراسات التي أجريت على هذه المرحلة العمرية.

1- العلاج الدوائي:

يمثل العلاج الدوائي احد الأساليب العلاجية التي استخدمت مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، حيث يحدد الطبيب المختص بعد إجراء الفحوصات

طبية الضرورية للطفل الجرعات الدوائية التي تناسبه، مع تحديد عدد المـــرات التي يجب أن يتناولها والتي تتراوح عادة بين مرتين أو ثلاث مرات يومياً.

إذ تـــشير الأدبيـــات والدراســـات الطبيـــة إلـــى أن دواء الميثيـــل فينيدات Methylphenidate المُعروف تجارياً باسم (الريتالين Retaline) والذي ينتمي لفئة (المنشطات Psycho stimulants)هو من أكثر الأدوية فعاليـــة فـــي خفض المظاهر السلوكية للاضطراب لدى الأطفال، وأن وظيفة هذا الدواء تتمثـــل فـــي أطلاق مادة الدوبامين من حويصلات التخزين التي تعمل على تنـــشيط مراكـــز الـــتحكم والانتباه عن طريق تنشيط قشرة المخ مما يمكن الطفل من زيادة التحكم فيسلوكه الحركي وزيادة الانتباه (Golden,1991:3541)(Swanson&etal,1993:154-162).

وتبين أن عدد الأطفال الذين يتعاطون هذا الدواء في الولايات المتحدة يقدر بحدود المليون طفل.وعلى الرغم من الآثار الايجابية للدواء إلا أن هناك الكثير من الآثار السلبية التي تصاحب استخدامه والتي قد تؤثر سلباً على النمـــو الجـــسدي كالطول والوزن مما يستدعي المتابعة المستمرة لمن يتعاطاه لمدة طويلة تزيد عن 14 شهراً كما قد تظهر لدى الطفل أعراض أخرى من جـــراء هـــذا الاســـتخدام كالإدمان على الدواء مع مرور الوقت وتقدم العمر (الخشرمي،2004: 38).

وتوجد أدوية أخرى تعمل كمنشطات لزيادة قدرة الطفـــل علـــى الاحتفـــاظ بالانتباه والإقلال من معدل اندفاعيته ونشاطه الحركي وتحسين أدائه فـــي القيـــام بالمهام الحركيـــة منهـــا عقـــار (الاديـــرال Addrall)، و(الـــسيليرت Cylrt)، و(الديكسدرين Dexedrine)، و(كونسيرتا Concerta)، و(فوكلاين Focalin) وهذه العقاقير من الممكن أن تسهم في تحسين الأداء الأكاديمي وتعطي قدرة أفضل لبدء العمل، وتزيد من النتائج الايجابية للعمل ونوعيته (NMHA, 2001:22) .

أن تعاطي هذه الأدوية يؤدي إلى تحسين التفاعلات الاجتماعية مع الأصدقاء ومع أفراد الأسرة والتقليل من السلوك المضاد نحو الآخرين والعدوانية، وتزيد في تقديرات الذات للطفل (جلجل،2005: 352).

وأشارت الأدبيات إلى مجموعة أخرى من الأدوية المنشطة (Stimulants) والأدوية المضادة للاكتئاب (Antidepressants) والتي تستخدم لعلاج الاضطراب المصحوب بقلق أو اكتئاب وجداني وهي مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات كالامفيتامين (Amphetamine) ، و(الاميبرامين Imipramine)، و(الديسيبرامين Desipramin)،و(النورتريلين Nortriptyline) وهناك إجماع على أن هذه المنشطات ذات فعالية في خفض مظاهر الاضطراب عند الأطفال (Weaver,2000:1-5)(Loon,2000:134-144)(Eghbalieh&etal,2000:102-110).

وإن استخدام المحفزات الدوائية مع الأطفال المضطربين يؤدي إلى تحسين مستواهم في اختبارات الانتباه، والتعلم، والمشكلات المعرفية، والاجتماعية (Mautner&etal,2002:164-170).

وفي دراسة تقويمية قامت بها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال American Academy of Pediatric 2001 جمعت فيها الدراسات الطبية التي استخدمت الأدوية لعلاج هذا الاضطراب لدى الأطفال وتوصلت إلى أنموذج لبرنامج طبي يستخدم لخفض الاضطراب (AAP,2001:1033-1044).

وعلى الرغم من فعالية العلاج الدوائي في خفض أعراض الاضطراب لكن هذه الأدوية قد ترافقها آثار جانبية خطيرة عندما لا تستخدم بشكل سليم تتمثل في فقدان الشهية، والأرق، والغثيان، والآلام في المعدة، والصداع، والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الطاقة والحيوية. وبالتالي يلجأ الطبيب إلى تقليل الجرعات الدوائية أو تغييرها أو اللجوء إلى أساليب علاجية بديلة في الحالات التي لا تستجيب للدواء ومن هنا يأتي الشك في نجاح العلاج بالأدوية المنشطة لمدة طويلة (اليوسفي، 2005: 56-57).

وتؤيد ذلك نتائج دراسة هنت وآخرون (1991) التي توصلت نتائجها إلى أن (25%) من الأطفال المندفعين المترددين على العيادات النفسية لا يستجيبون

جيداً للعلاج بالأدوية الطبية، كما أن آثار تلك الأدوية على التعلم والسلوك ليس بالمستوى المطلوب (Hunt&etal,1991:75-95) .

فالعلاج الدوائي على الرغم من فعاليته في خفض النشاط الحركي الزائد وزيادة مدى الانتباه عند الأطفال المضطربين إلا أنه يتسبب في حدوث بعض المخاطر على حياة الأطفال وخاصة عندما يساء استعماله، وقد أوصت بعض الدراسات بعدم استخدام الأدوية المنبهة لوحدها بل لابد من اشتراكها مع أساليب علاجية أخرى كالعلاج السلوكي لكي تصبح أكثر فعالية.

وهذا ما أشار إليه فارك Fark (1997) أن الأطفال الذين لديهم اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط وتم تشخيصهم بمرحلة مبكرة واستطاعت أسرهم أن تتكيف مع الاضطراب وتوفر أساليب مناسبة بالتفاعل معهم يفضل عدم إعطائهم الدواء في المنزل والتركيز على أساليب العلاج السلوكي بدلاً عنها واللجوء إلى الدواء في أوقات الدوام المدرسي (Fark,1997:635) .

2- العلاج الغذائي:

تشير الدراسات والبحوث إلى وجود علاقة ايجابية بين الحساسية لبعض الأغذية التي يتناولها الأطفال وما يصحبها من عادات غذائية غير مناسبة وحدة الاضطراب لديهم.

إذ يرى بعض أولياء الأمور أن سلوكيات أطفالهم تتحسن عندما تستبعد بعض الأطعمة من غذائهم مثل الكافيين الموجودة بالشكولاته، والقهوة، والمشروبات الغازية، والعصائر التي تحتوي على السكريات، والأطعمة والعصائر ذات الألوان الصناعية، والحليب المركز الدسم ، والذرة، والبيض، والدقيق (الخشرمي،2004: 40-41)(اليوسفي،2005: 39).

لذا فان الحمية الغذائية المعتمدة على الأطعمة النباتية تساعد كثيراً في خفض مشكلات الحركة وعدم الانتباه،كما أن الأغذية المتوازنة والقليلة السكر

تؤدي إلى نتائج أفضل. وان تناول الوالدين للأغذية الصحية المتوازنة يشجع الأطفال على تناول تلك الأغذية ويجنبهم احتمالية الإصابة بمشكلات ناتجة عن خلل في التوازن الغذائي كاضطراب الحركة والانتباه (Attwood,2000:1-5) .

وأشارت عدد من الدراسات إلى برامج غذائية تستخدم لعلاج الأطفال المضطربين. حيث تتضمن هذه البرامج أنظمة غذائية لا تحتوي على الأطعمة الممنوعة سابقة الذكر. كدراسة (كينتاكتشي وآخرون 1993) التي توصلت نتائجها إلى خفض الاضطراب بعد إضافة بعض الفيتامينات والمعادن للنظام الغذائي لعينة مكونة من 149 طفلاً يعانون من الاضطراب (Canacchi&etal,1993:123-133).

وفي دراسة مماثلة أجراها لومبارد و جرمانو(1998) استخدم فيها نظام غذائي يتضمن خفض نسبة السكر والحليب والشكولاته والذرة والدقيق مع إضافة فيتامين (ب) في أغذية الأطفال واستمر البرنامج لمدة عامين على عينة مكونة من 16 طفلاً يعانون من الاضطراب وأثبتت النتائج فاعلية البرنامج في خفض حدة الاضطراب (Lombard&Germano,1998:191-198) .

وفي برنامج أخر نشره المركز الطبي العام للتغذية (General Nutrition Center Clinic) (2002) استهدف الحفاظ على نسبة السكر الطبيعية في الدم لدى الأطفال المضطربين لمدة خمس سنوات. وقد احتوى البرنامج الغذائي على نسبة عالية من البروتين والخضروات الطازجة والمعادن الأساسية مثل الكالسيوم، والحديد، والفسفور، والصوديوم، والبوتاسيوم، والمغنيسيوم.وقد حقق البرنامج نتائج مرتفعة لخفض حدة الاضطراب عند الأطفال بعد الحفاظ على النسبة الطبيعية للسكر في الدم (GNCC,2002:1-3).

يبدو مما تقدم أن العلاج الغذائي يعد من البرامج البديلة للعلاج الدوائي الذي يستخدم مع الأطفال المضطربين ويساعد في خفض حدة الاضطراب.غير أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائما إلى أخصائي في التغذية حتى لا يؤثر على نمو

الطفل مستقبلا ويحتاج إلى متابعة مستمرة من قبل الأسرة بصفة منتظمة ومستمرة.

3- العلاج الأسري:

يمثل هذا النوع من العلاج احد الأساليب الأساسية في علاج الاضطراب لما للوالدين والأسرة عامة من دور أساسي وفاعل في عملية التنشئة للأطفال، ويتضمن هذا النوع من العلاج تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم المهارات الأساسية اللازمة لضبط سلوكهم والتحكم فيه وتوجيههم، والحد من العديد من المشكلات التي قد يثيرها الطفل وخاصة ما يتعلق منها بعناده وعدم امتثاله للأوامر والنواهي من جانبهما، وعدم قدرته على ضبط النفس (محمد،2004: 231).

ويهدف هذا العلاج لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها وتهدئة الصراعات القائمة بينهم، كما يوجه الأسرة لتقليل الاحتجاجات على الطفل ليستطيع التوافق. كما يهدف هذا العلاج إلى إعادة ترتيب الجو المنزلي بحيث لا يكون مثير جداً أو مغلق ومقبض جداً لان الطفل يحتاج إلى الهدوء والنظام (حمودة،1991: 208).

ويشير كفافي (1999) إلى أهمية العلاج الأسري حيث تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم السلوك. إذ أنها تمثل بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد لآخر داخل الأسرة مما يتعلم الطفل معه كيف يسلك اتجاه أعضاء الأسرة الآخرين، وعن طريق التعميم ينتقل هذا السلوك إلى التعامل مع الآخرين خارج نطاق الأسرة (كفافي،1999: 20).

وقد أشار جولدستين و جولدستين(Goldstein&Goldstein ,1992:123) إلى عدد من المقترحات للأسرة والتي تساعد في تحسين أداء الأبناء الذين يعانون من الاضطراب وهي كالآتي:-

1- ممارسة الأسرة لأساليب واستراتيجيات فعالة لإدارة سلوك الأطفال داخل المنزل.

2- بناء علاقات ايجابية مع الطفل.

3- استقطاب الأصدقاء الجيدين للأبناء.

4- العمل على دعم النجاح المدرسي للطفل.

5- تامين الاستقرار داخل الأسرة.

6- دعم الوحدة والتعاون الأسري.

7-عدم تجاهل المشكلات الأخرى التي لا علاقة لها بالنشاط الزائد.

وأشارت نتائج دراسة لاث و لندركامب (1998) إلى إن برامج تدريب الوالدين من خلال الشرح والنمذجة ولعب الأدوار مع التغذية الراجعة ومهارات تنظيم السلوك يساعد على تدريب الأطفال على عملية تنظيم السلوك والامتثال والطاعة والنظام في المواقف والأنشطة المتنوعة (Lauth&Linderkamp,1998:81-91).

وقد أيدت دراسات عديدة فاعلية العلاج الأسري في خفض حدة الاضطراب دى الأطفال من العاديين وغير العاديين، وخفض الضغوط الأسرية، وزيادة مهارات الوالدين من اجل أن يعيش الطفل المضطرب في بيئة يسلك فيها السلوك المناسب، كدراسات (Alonso,1997:862) و(دبيس والسمادوني،1998: 88-121)، و(بخش،2001: 51-73)، و (الخشرمي،2005: 1-23).

مما سبق يظهر إن للأسرة دوراً أساسياً في بناء وتشكيل شخصية الطفل وبالتالي فأن تدريبهم على الطرق الملائمة في التعامل مع الأبناء تعد عنصراً أساسياً لنجاح دورهم في تعليمهم وتدريبهم على السلوكيات المقبولة. وتجنب الأسرة من الوقوع في المشكلات النفسية التي قد تصحب إحساسهم بالفشل في

التعامل مع مشكلات أبنائهم. وتدريبهم على المهارات الأساسية للتعامل السليم مع الأبناء والتي تعمل بدورها على خفض حدة الاضطراب.

4- العلاج التربوي:

تمتد تأثيرات اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لتشمل الجانب التربوي من حياة الطفل حيث يعاني بعض الأطفال المضطربين من ضعف في التحصيل وعجز في المهارات الدراسية والأداء الأكاديمي ولذا فهم بحاجة إلى استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه والتفاعل الايجابي بين المعلم والمتعلم وتطوير العلاقة الاجتماعية مع زملائه وتنمية تحقيق الذات لديه (خليفة وعيسى،2007، 164).

وتصنف أساليب العلاج التربوي ضمن ثلاثة محاور رئيسية هي:

أ- البيئة الصفية:

أشارت الخشرمي (2004) إلى عدد من الاستراتيجيات التربوية ضمن هذا المحور منها: تنظيم الفصل بحيث تكون المقاعد مريحة ومتباعدة، وتقليص عدد الوسائل التعليمية الغير ضرورية، والتأكد من موقع الفصل وبعده من الضوضاء الخارجية، والانتباه إلى تهوية وحرارة الفصل، ووضع التعليمات والقوانين بصيغة ايجابية تصف السلوك المطلوب، وفصل الأطفال الذين لا ينسجمون مع أقرانهم عن بعضهم البعض (الخشرمي،2004، 59).

ب- المناهج الدراسية وأساليب التعليم:

يشير ميركولينو وآخرون (2000) إلى أن الأطفال المضطربين ينتبهون عندما يوظف المعلم مواد تعليمية ملائمة لهم وعلى نحو واضح ومنظم وجديد، ولحصول ذلك لابد من إتباع الإرشادات التالية:

1- التوافق التعليمي: ويعني الانسجام بين المهارات الدراسية للطفل ومستوى صعوبة المواد التعليمية المقدمة له.

2- تقديم التعليمات: ويعني تقديم التعليمات بلغة واضحة وموجزة مع التركيز على الكلمات المفتاحية وتوفير التواصل البصري والاقتراب من الطالب أحياناً أو ذكر اسمه ومن المفيد أن يغير المعلم من مستوى ارتفاع صوته وإيقاعه لإشعار الطالب بقدوم تعليمات مهمة.

3-التنويع في سرعة التقديم: ويعني المرونة في سرعة تقديم المعلومات وفقاً لمهارات واهتمامات الطلبة.

4- تعليم المهارات التنظيمية: ويعني تصميم استراتيجيات لتدريب الطلبة على أداء الاختبارات وتنظيم الأعمال الكتابية وتدوين الملاحظات يؤدي إلى تحسن في ملاحظات الطلبة وتنظيمها وأدائهم الأكاديمي (ميركولينو وآخرون،2000، 169).

5- استخدام مواد تعليمية مبتكرة ومباشرة: ويعني استخدام نشاطات تعليمية معتمدة على الحاسوب لتحسين المهارات الدراسية لطلبة وإتاحة الفرص لهم لتلقي تغذية راجعة مرتفعة الإثارة، وتقديم مهمات تتطلب استجابة نشطة حركية، واستخدام الألوان بدلاً من استخدام اللونين الأسود والأبيض فقط.

6- استخدام استراتيجيات التعلم التعاوني: يعد احد الركائز الأساسية في التعلم وفيه يشجع المعلم الطلبة على العمل معاً في مجموعات صغيرة لانجاز مهارات أكاديمية معينة بشكل جماعي وإكسابهم المهارات الاجتماعية (ED Pubs U. S. Department of Education,2004:8).

ج-شخصية المعلم وعلاقته بالأطفال:

تشير(الخشرمي،2004، 71-74) أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب بحاجة إلى معلم متفهم محب يتقبلهم ويعمل على مساعدتهم بجميع الإمكانيات المتاحة. والعناصر الرئيسية التي يجب أن تقوم عليها العلاقة بين المعلم والطالب هي:

1- أن يكون المعلم متفهماً لمشكلة الطفل ومدركاً لإبعادها.

2- التحلي بالصبر و الهدوء والمرح.

3- تجنب المجادلة مع الأطفال عند توضيح التعليمات والقوانين.

4- التدريب على أساليب متنوعة متجددة في تعليم الأطفال .

5- أن يكون نموذجا في تعليم السلوكيات الاجتماعية المقبولة.

6- الاهتمام بالجانب العاطفي في العملية التعليمية وجعل العلاقة ودية بين الأطفال.

7- توجيه أسئلة تساعدهم على الملاحظة ومتابعة الذات.

8- تشجيع الأطفال وتعزيزهم.

9- الثبات والوضوح في التعامل مع الأطفال.

وقد أشار (ايلمبروك Elmbrook) إلى مشروع هدفه تطوير برنامج تربوي للاتصال من اجل مساعدة المعلمين والتربويين لتحسين الخدمات التعليمية التي تقدم للأطفال المضطربين الذين يعانون من هذا الاضطراب، ويعتمد هذا البرنامج على تدريب المعلمين في موضوعات متعددة تشمل تأثير الاضطرابات المختلفة على السلوك داخل الفصل الدراسي كاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط، وزيادة الدافعية لدى التلاميذ غير المهتمين، وتنمية مهارات إدارة الذات، واستراتيجيات التعلم الذاتي وغيرها. ويستخدم في هذا البرنامج الاتصالات والمفاوضات والحلول الوسطى والأساليب الفنية الخاصة بالمراقبة وذلك لتحسين العملية التعليمية لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب (الدسوقي،2006: 208).

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج التربوي في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال فيما لو تم تدريب المربين والمشرفين التربويين والأخصائيين النفسيين على برامج تنظيم السلوك الفوضوي لدى الأطفال المضطربين وتنمية قدرات الأفراد المحيطين بهم باستخدام فنيات النمذجة، والشرح، ولعب الدور مع التغذية الراجعة وتدريس مهارات تنظيم السلوك في سلسلة متتابعة (Danforth,1998:1-9)، (Miranda&etal,2002:547-563).

يتبن مما سبق أن العلاقة بين المعلمين والأطفال مهمة لنجاح العلاج التربوي فهم بحاجة إلى إستراتيُجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه والتفاعل الايجابي بين الطفل والمعلم من ناحية والطفل والأقران والمنهج الدراسي من ناحية أخرى بحيث تشتمل البيئة التربوية على مجموعة من المشاعر والعواطف الإنسانية المرغوبة لمساعدة الأطفال المضطربين في تنمية القدرة على ضبط النفس والتحكم بالسلوك وتحسين تقديرهم لذواتهم فهم بحاجة إلى من يقوم بتنظيم حياتهم.

5- العلاج النفسي التحليلي:

يشمل العلاج النفسي علاجاً تحليلياً يبنى على فهم نفسية الطفل وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل بالأسرة والمدرسة، والحيل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج النفسي التي تجري مع الأطفال الصغار بواسطة لعب خاصة أو بواسطة الرسم وهذا العلاج التحليلي غالبا ما يتم في إطار فردي وهنالك أيضا العلاج النفسي الجماعي الذي يتم في إطار مجموعة من الأطفال حيث تستخدم المجموعة لبناء وتنمية السلوكيات المرغوبة لدى الطفل ونبذ السلوكيات غير المرغوبة بواسطة نقد المجموعة لها ومساعدة الطفل على كبحها (حمودة،1991: 209).

وتظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين والمعلمين لترتيب نظام معين للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل وان يواجهوا المستلزمات الطبيعية للنضج، ويشبعوا الحاجات النفسية للطفل لاكتساب القيم وتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف بالإضافة إلى استخدام فنيات للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية (شقير،1999: 26).

وهذا النوع من العلاج يسمح للطفل بإقامة علاقة مع المعالج الذي يفهم الطفل وصعوباته ويستطيع شرحها للطفل ويساعده على تقبل العلاج الدوائي لأنه

قد يسيء فهمه ويوضح للطفل بأنه يملك الدور الأساسي وان الدواء ماهو إلا عامل مساعد له (حمودة،1991: 208).

وقد يستخدم العلاج النفسي في إطار سياق اجتماعي معين يؤهل الطفل كي يعمل على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية مرغوبة ومتميزة مع الآخرين،كما يمكنه من إقامة صداقات متعددة والحفاظ عليها واستمرارها مما يساعد في اندماجه مع الآخرين وبالتالي تحقيق التوافق .ويمكن أن يتم ذلك من خلال تدريبه على أساليب التواصل المختلفة، وتدريبه على المهارات الاجتماعية وتنمية مثل هذه المهارات وإكسابه لمهارات حل المشكلات الاجتماعية المختلفة (محمد،2004: 231).

لهذه الأسباب تظهر الحاجة إلى العلاج النفسي للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات حيث يقدم للوالدين معلومات كافية عن هذا الاضطراب والاضطرابات الانفعالية المصاحبة له وكيفية التعامل مع طفلهم من اجل مساعدته على التخلص من هذا الاضطراب أو تخفيف حدته، ومساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به.

6- العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يهدف إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر ايجابية وفعالية. و يعد العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجعة والفاعلة في علاج الاضطراب لدى الأطفال، ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظريات التعلم السلوكية. حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة وذلك من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية يتم من خلالها تعليم الطفل المهارات اللازمة التي يمكن بمقتضاها تركيز الانتباه، وضبط النفس، والحد من النشاط الحركي المفرط وتوجيه الطفل الوجهة التي تمكنه من أداء

الأنشطة والمهام المختلفة التي يكلف بها (أحمد وبدر،1999: 86) (الخطيب،2001: 187).

والعلاج السلوكي أسلوب علاجي يعتمد على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، بمعنى أن السلوك متعلم لذا يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد ومحوه وإطفائه،والنظر إليه مباشرة دون البحث في الأسباب" (القاسم وآخرون، 2000 :179).

ويشير السلوكيون إلى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية هي في الأصل عادات سلوكية تعلمها الفرد من اجل أن يخفف من درجة القلق والتوتر، وهذا بدوره يؤدي إلى نوع من الارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية وهذه الارتباطات حدثت بصورة خاطئة أو مرضية فإذا استطاع المعالج إطفاء هذه المنعكسات الشرطية المرضية وتم الاستعانة بمنعكسات شرطية سوية جديدة يمكن أن تخلص الفرد من الاضطراب (الزراد،1999: 187).

ويستند العلاج السلوكي على مبادئ المدرسة السلوكية التي تعتقد بأن السلوك الإنساني ماهو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها في أثناء مراحل النمو المختلفة. و يتحكم في تكوينها قانونا الكف والاستثارة اللذان يسببان حدوث مجموعة من الاستجابات الشرطية الناتجة عن عوامل بيئية سبق وان تعرض لها الفرد.

وطبقاً للنظرية السلوكية فان السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة تعد سلوكيات متعلمة. فالأطفال المضطربون يوصفون بأنهم يظهرون قصوراً في السلوكيات التي تعتبر مرغوبة وإفراطاً في السلوكيات التي تعتبر غير مرغوبة من قبل المعلمين والآباء والأقران والمجتمع بشكل عام (ريزو وزابل ج2، 1999: 34).

وأشارت الأدبيات (يحيى،2003: 51) (القمش والمعايطة،2007: 92) إلى أن سبب انتشار العلاج السلوكي وخصوصاً بين المدرسين الذين يتعاملون مع الأطفال المضطربين يرجع إلى عدد من الأسباب وهي:

1- أن العلاج السلوكي أسلوب عملي يتعامل مع مشكلات ملحوظة.

2- أن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.

3- ثبت سرعة وفعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأطفال ذوي المشاكل السلوكية.

4- تركيز العلاج السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعياً بنوعية مشكلات الأطفال و أكثر وعياً بقدراتهم الخاصة.

5- تركيز العلاج السلوكي على المعززات الايجابية والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الايجابي.

وقد حدد (رام و ماسترز Rimm&Masters) في (ملحم،2001: 437) عدد من الافتراضات التي يستند عليها العلاج السلوكي هي :

1- أن السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم. و الفرق بينهما أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق بينما السلوك العادي متوافق للفرد.

2- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه فيحدث ارتباط شرطي بين الخبرات والسلوك.

3- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد تزداد أو تنقص بين الأفراد.

4- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجمع لعادات خاطئة متعلمة.

5- السلوك المضطرب يمكن تعديله..

ويشير (القمش والمعايطة،2007: 100) إلى أن مزايا العلاج السلوكي هي:

1- يقوم على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم ويمكن قياس صدقها تجريبياً .

2- يركز على المشكلة أو العرض، مما يوفر محك لتقييم نتائجه.

3- متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.

4- أسلوب عملي ويستعين بالأجهزة العلمية.

5- نسبة التحسن عند استخدامه تصل إلى (90%) أحياناً، في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى (50-75%) في أحسن الأحوال.

6- أهدافه واضحة ومحددة يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والمعلمين بعد التدرب اللازم.

7- يوفر الجهد والمال والوقت لأنه يستغرق وقتاً قصيراً نسبياً لتحقيق أهدافه.

يستخدم العلاج السلوكي لمساعدة الطفل في التغلب على المشكلات التالية:- (شقير،1999: 28)

1-الفشل في اكتساب سلوك مناسب.

2-مواجهة الطفل لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.

3- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

4- ربط استجابات الطفل بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة المناسبة.

يبدو مما تقدم أن العلاج السلوكي للاضطراب يستند على افتراض أن جميع أنواع السلوك يمكن أن تتغير عن طريق تغيير بيئة الفرد،وان آثار هذا التغيير تظهر في السلوك ويمكن ملاحظتها مباشرة، ومن ثم يمكن تقييم هذا التغيير عن طريق ملاحظة السلوك قبل وأثناء وبعد العلاج.

ويستند هذا النوع من العلاج على مجموعة من الأساليب والإجراءات التي تهدف إلى زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه، أو تقوية هذا السلوك أو تعليمه سلوكاً جديداً، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه.

ولهذا ستقوم الباحثة بعرض أنواع العلاج السلوكي المستمدة من النظريات السلوكية والقوانين والفنيات التي انبثقت منها والتي يمكن الإفادة منها في البرنامج

السلوكي المعد في البحث الحالي لخفض حدة الاضطراب لدى الأطفال المضطربين.

سابعاً:أنواع العلاج السلوكي.

أشارت النظريات السلوكية إلى أنواع متعددة من العلاج السلوكي التي ركزت على السلوك الظاهر بشكل مباشر، وهدفت إلى تعديل السلوكيات غير المرغوبة بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تغيير البيئة المحيطة بالطفل والمؤدية للاضطراب، وتدريبه على اكتساب مهارات سلوكية مناسبة عند تعامله مع المحيطين به. وقد تنوعت هذه الأساليب تبعاً لتوجهاتها النظرية التي انطلقت منها وهي كالآتي:

1- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراط الكلاسيكي:

أن نظرية الاشتراط الكلاسيكي لها إسهامات متعددة في المجال التربوي في تكوين العادات والمهارات السلوكية وعلاج بعض الاضطرابات السلوكية وكذلك في المنهجية العلمية التي استخدمتها في تحليل السلوك والمستندة إلى القياس الموضوعي والتحليل التجريبي للسلوك على مستوى الفرد الواحد لا على مستوى المجموعات (الخطيب،1995: 50).

ويعد السلوك المضطرب تبعاً لهذا النوع من العلاج هو حصيلة عملية تعلم خاطئة تمت عن طريق الاشراط، والذي يهدف إلى إزالة الاضطراب عن طريق فك الاشراط ثم عملية إعادة الاشراط بشكل صحيح مما يؤدي إلى سلوك سوي يحل مكان السلوك غير السوي (الزراد،ب ت: 84).

ويمكن استخدام عملية تشريط الاستجابة في العلاج السلوكي من خلال إحلال نماذج اشتراطيه لعلاقات جديدة مرغوبة بين مثيرات واستجابات وإطفاء النماذج الاشتراطية للعلاقات غير المرغوبة عن طريق التقريب التتابعي لمسببات الاضطراب بصورة تدريجية أثناء ممارسته للأنشطة المحببة لديه (الزيات،1996: 174).

وللإفادة من هذا العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط يتم من خلال إطفاء العادات السلوكية الخاطئة التي تعلمها الطفل من خلال تفاعله مع البيئة بعادات سلوكية جديدة صحيحة بالاستفادة من قوانين التدعيم والتعزيز التي جاءت بها النظرية.

ـ- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراط الاقتراني:

يركز هذا النوع من العلاج على مبدأ الاقتران بين المثير والاستجابة وهو شرط رئيسي لحدوث التعلم للسلوك الصحيح. فالاستجابة التي تصدر عن الفرد في موقف ما يزداد احتمالات حدوثها في الموقف نفسه في المستقبل (الخطيب،1995: 57).

ويرى جاثري أن للتعزيز دور ثانوي في حدوث التعلم. فالتعلم لا يتم عن طريق التعزيز بل يتم عن طريق العمل، فما يعمله الفرد يتم تعلمه سواء كان نجاحاً أو فشلاً و يميل إلى تكراره مرة أخرى (الشرقاوي،1998: 120).

يستند هذا النوع من العلاج إلى ثلاث طرق لتغيير العادات السلوكية غير المرغوبة أو ما يسمى بكسر العاداتThe Breaking of Habits أو الكف الارتباطي. و تهدف هذه الطرق الكشف عن المثيرات التي تستدعي الاستجابات غير المرغوبة والعمل على إيجاد وسائل استدعاء استجابات أخرى مرغوبة بدلاً عنها وهذه الطرق هي:

1- طريقة العتبة: وفيها يتم تعريض الفرد للمثيرات المراد حذفها بشكل تدريجي و طفيف للحيلولة دون حدوث الاستجابة غير المرغوب فيها والمراد محوها بحيث يصبح المثير ضعيفاً وتحت مستوى العتبة اللازمة للاستجابة لعدم قدرته على استدعائها.

2- طريقة التعب: وفيها يتعرض الفرد للمثيرات بكامل شدتها بشكل متكرر بحيث يستدعي الاستجابة الغير مرغوب فيها والمطلوب محوها عدة مرات وبصفة

مستمرة مما يولد لديه الإحساس بالتعب وبالتالي التعود على المثير والكف عن إصدار الاستجابة الغير مرغوبة.

3- طريقة المثيرات غير المتكافئة:حيث تقدم مثيرات الاستجابة غير المرغوبة مع مثيرات جديدة أقوى منها لتكوين استجابة جديدة مرغوبة ومختلفة عن الاستجابة السابقة والمراد حذفها من السلوك. وفي هذه الحالة ترتبط المثيرات الأصلية مع الاستجابات الجديدة والمطلوب إحلالها محل الاستجابات السابقة والمراد حذفها(الخطيب،1995: 57)(الشرقاوي،1998: 116-127).

وللإفادة من العلاج في خفض السلوك المضطرب لدى الأطفال من خلال كف أو كسر أعراض الاضطراب التي تعد عادات سلوكية غير مرغوبة بعدة طرق إما من خلال إضعاف المثيرات المشتتة للطفل وبالتالي إضعاف تأثيرها عليه مما يضعف استجابته لها، أو من خلال المبالغة في إظهار المثيرات المشتتة للطفل مما يدفع بالطفل إلى تكرار الاستجابات عدة مرات وبصفة مستمرة إلى أن يتعب ويمل منها وبالتالي تفقد تلك المثيرات أهميتها بالنسبة له. أو بتقديم تلك المثيرات التي تشتت الطفل أو تسبب اندفاعيته مع مثيرات أخرى أقوى منها ينتبه لها الطفل ويستجيب لها مما يؤدي إلى إضعاف تأثير تلك المثيرات المشتتة له.

3- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراط الإجرائي:

يركز العلاج السلوكي المستمد من هذا النموذج على دراسة السلوك الظاهر باستخدام الطرق العلمية الموضوعية. وفيه يتم التركيز على المثيرات البعدية في عملية تحليل السلوك وتعديله. فالمثيرات القبلية رغم أنها تؤثر في السلوك الإجرائي إلا أن أثرها يستمد من علاقاتها بالمثيرات البعدية (نتائج السلوك) (الخطيب، 1995: 24).

ويركز هذا النوع من العلاج على أهمية تشكيل السلوك الصحيح الذي ينطوي على إجراءات تحديد الهدف السلوكي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة

من الخطوات المتتابعة التي تقترب تدريجياً من بلوغ الهدف ويتم تعزيز كل خطوة على حدة حتى تحقيق الهدف المنشود، ولا يحدث الانتقال إلى خطوة تالية إلا إذا أتقن الطفل أداء الخطوة السابقة لها ويستمر هذا النوع من التقريب المتتالي إلى أن يتمكن من تحقيق السلوك الصحيح (أبو جادو،2000: 204).

ويتم تشكيل السلوك من خلال: (أبو حويج وآخرون،2000: 200)

1- تحديد العناصر السلوكية السليمة والعناصر السلوكية غير السليمة بوضوح، و بطريقة إجرائية خاضعة للملاحظة والقياس.

2- تحديد المعززات التي ثبتت فعاليتها في معالجة مواقف التعلم المشابه أو مواقف تعديل التعلم.

3- توظيف الأساليب والقواعد التي تضمن لكل متعلم أن يحصل على تعزيز حين يظهر تقدما نحو السلوك المراد تشكيله أو تعديله.

وللإفادة من العلاج في خفض مظاهر السلوك المضطرب عند الأطفال يتم تشكيل الاستجابات السلوكية الصحيحة عند الطفل المضطرب والمتمثلة في خفض مظاهر النشاط المفرط لديهم، وخفض حدة اندفاعيتهم، وتنمية قدراتهم على التركيز والانتباه بدلاً من الاستجابات السلوكية الخاطئة المتعلمة سابقاً وذلك من خلال تحديد الهدف السلوكي النهائي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة من الخطوات المتتابعة التي تقترب تدريجياً من بلوغ الهدف وهو خفض الاضطراب ويتم تعزيز كل خطوة سلوكية على حدة بالترتيب حتى تحقيق الهدف المنشود.

4- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج ولبي:

يستند هذا النموذج من العلاج على أساليب تقليل الحساسية التدريجي أو ما يسمى بالتحصين التدريجي Systematic Desensitization والاشراط المضاد Counter Conditioning والاشراط الإجرائي بواسطة تشكيل السلوك تدريجياً Shaping .

أن تقليل الحساسية التدريجي هو احد أشكال الاشراط المضاد الذي يتضمن استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى والذي يستند على افتـراض انه بالإمكان محو الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها إذا اسـتطعنا إحـداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجرها. أي أن الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد فنستخدم إحداهما لمنع حدوث الأخرى، وهـذا ما يطلـق عليه الكـف المـتبادلReciprocal Inhibition (أبو عيطة،2002: 153).

إن العلاج في هذا النموذج يعتمد على بعض المبادئ التـي تنطلـق مـن افتراض إن السلوك الإنساني يعمل حـسب قـانون الـسببية Cause-Law وان السلوك في تغير مستمر وهذا التغير ناتج عن ثلاثة عوامل هـي: النمـو، الأذى، التعلم. و هـذه المبـادئ هـي: (الزيـود،1998: 168-170)(العـزة وعبـد الهادي،1999: 88-98)

1- التعلم: هو تغير في السلوك الناتج عن التدريب ويكون على نـوعين همـا: الاشراط الكلاسيكي، والاشراط الإجرائي.

2-التعزيز: وهو المؤثر الذي يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الاستجابة وقوتهـا، أو يزيد من قوة العلاقة بين مثير ما والاستجابة الناتجة عنه.

3- الامحاء: عندما يتكرر حدوث المثير الشرطي دون أن يعقبه مثير غير شرطي أو تعزيز فان الاستجابة سوف تنطفئ أو تنمحي مع انه يمكن أن تستعاد الاستجابة جزئياً.

4- الكف المتبادل: هو إضعاف أو إزالة الاستجابة القديمة بأخرى جديدة مناقضة لها.

ويمكن تطبيق هذا النوع من العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين على اعتبار أن السلوك المضطرب هو سلوك خاطئ ومتعلم وبالإمكان علاجه باستخدام الكف المتبادل والذي يعتمد على الإطفاء التجريبي والاشراط المضاد وبالتالي إمكانيـة تعـديل السلوك بإحلال سلوك مرغوب فيه بدلاً من سلوك أخر غير مرغوب.

5- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج التعلم بالملاحظة:

يستخدم هذا النموذج في العلاج أساليب تيسير التعلم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين (مليكة،1989: 30).

ويستند على افتراض مفاده إن الإنسان كائن اجتماعي يتأثر باتجاهات الآخرين ومشاعرهم وتصرفاتهم وسلوكهم، أي يستطيع أن يتعلم منهم عن طريق ملاحظة استجاباتهم وتقليدها (أبو حويج وآخرون،2000: 201).

ويشير إلى إمكانية تأثر سلوك الملاحظ أو المتعلم بالثواب والعقاب على نحو غير مباشر حيث يتخيل نفسه مكان النموذج ويلاحظ ما يتعرض له هذا النموذج من ثواب أو عقاب نتيجة ما يقوم به من سلوك. غير إن الثواب والعقاب سواء كانا مباشرين أم غير مباشرين ليسا مسئولين عن تعلم السلوك مسئولية مباشرة، بل أن ملاحظة سلوك النموذج ومحاكاة الاستجابات الصادرة عنه هما المسئولان عن التعلم ولا ضرورة لإدخال متغيرات أخرى تنسب إليها مسئولية التعلم بالملاحظة (أبو جادو،2000: 223)(بخيت،2005: 685).

وتظهر آثار التعلم بالملاحظة من خلال: (عبد الهادي،2000: 127)

1- تعلم سلوكيات جديدة من نموذج عندما يصدر استجابة جديدة ليست في حصيلة الملاحظ السلوكية فيحاول تقليدها.
2- الكف والتحرير ويتمثل في كف بعض الاستجابات أو تجنب بعض أنماط السلوك قد يحدث نتيجة ملاحظة سلوك النموذج خصوصاً إذا واجه عواقب سلبية غير مرغوب فيها. أو قد يحدث العكس من ذلك فقد تتحرر بعض الاستجابات المقيدة عندما لا يواجه النموذج عواقب سلبية نتيجة سلوكه.
3- تسهيل ظهور السلوك وفيه يحدث تسهيل لبعض الاستجابات التي تقع في حصيلة الملاحظة السلوكية والتي تعلمها مسبقاً غير انه لا يستخدمها مما ساعد على تذكره لها في مواقف مشابهة لسلوك النموذج.

ومن خلال هذا النموذج يتم تعلم السلوك الصحيح من خلال المراحل التالية: (البيلي وآخرون ،1997: 204)(أبو جادو ،2000: 225-227)

1- مرحلة الانتباه والاهتمام وهي شرط أساسي لحدوث عملية التعلم فلا يحدث التعلم بدونها. وفيها يتم الانتباه لمثير معين دون بقية المثيرات وتتأثر هذه العملية بدافعية الفرد، وخصائص الملاحظ وخصائص النموذج ومستوى النمو.

2- مرحلة الاحتفاظ وفيها يتم الاحتفاظ بأداء النموذج الذي تم الانتباه له في ذاكرة المتعلم.

3- مرحلة إعادة الإنتاج (الاستخراج الحركي) وفي هذه المرحلة يوجه الترميز اللفظي والبصري في الذاكرة الأداء الحقيقي للسلوكيات المكتسبة حديثاً. أي تمثيل السلوك المكتسب واستدعائه من الذاكرة إلى الواقع.

4- مرحلة الدافعية وفيها يتم تمثيل السلوك المكتسب وتقليده من خلال التعزيز أو العقاب الذي يحصل عليه النموذج نتيجة لسلوكه والذي يؤثر على دافعية المتعلم في أداء السلوك.

إن مصادر الحصول على نماذج سلوكية يتم من خلال طرق مباشرة وغير مباشرة هي : (الزغول،2006: 153)

1- التفاعل المباشر مع الأشخاص الحقيقيين في الحياة الواقعية.

2- التفاعل غير المباشر ويتمثل في وسائل الإعلام المختلفة كالسينما، والتلفزيون، والراديو.

3- مصادر أخرى غير مباشرة يمكن من خلالها تمثل بعض الأنماط السلوكية حيث يتم تمثلها رمزياً وصورياً على نحو معين، ومنها: القصص، والروايات الأدبية والدينية، وكذلك من خلال عمليات تمثل الشخصيات الأسطورية والتاريخية.

للإفادة من العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين يتم من خلال تقديم نماذج سلوكية صحيحة يقوم بها بعض الأطفال أمام الطفل المـضطرب بطريقـة مقصودة مباشرة أمام الطفل. أو بطريقة غير مباشرة من خلال الاستماع إلى قصة عن نموذج ذو سلوكيات ايجابية ليقتدي بها الطفل ويتم جذب انتباهه لمتابعة هـذه النماذج ومحاكاتها وتعزيزه عند القيام بتقليد النموذج بشكل صحيح.

6- العلاج السلوكي المعرفي:

يركز العلاج السلوكي المعرفي على ضـرورة أخـذ العمليـات العقليـة بالاعتبار كعوامل وسيطة بين المثيرات والاستجابات وان التعلم بحد ذاته هو حدث عقلي. وان المعرفة تؤثر بالسلوك بصورة مستقلة عن المثيرات بمعنى أن أفعـال الفرد هي ليست مجرد استجابات لمثيرات خارجية وإنما تتأثر بالعمليات العقليـة للفرد التي تمر بها تلك المثيرات (صالح والطارق،1998: 181).

أي أن الأفراد لا يتعلمون مـن خـلال القواعـد التـشريطية أو الـتعلم الاجتماعي لوحدها بل يتعلمون من خلال التفكير بالمواقف من خـلال إدراكهـم وتفسيرهم للحوادث التي يمرون بها (إبراهيم،1993: 58).

يقوم هذا العلاج على افتراض أن الأشياء التي يقولها الأفـراد لأنفـسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها وان السلوك يتأثر بنـشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة. أن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تعديل سـلوكه، وتوجيـه تفكيـره للقيـام بالمهارة المطلوبة، فتعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بـالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج (العزة وعبد الهادي،1999: 151).

فالسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل القيـام بتأديتـه. أمـا التعزيز يعد عملية منظمة للسلوك وليست عملية ضابطة. فاكتساب الفرد للـسلوك أو عدم اكتسابه له يعتمد على عوامل معرفية مختلفة منها ما يتصل بالملاحظ مثل

(الانتباه والتذكر) ومنها ما يتصل بالنموذج مثـل (جنسه ومكانتـه). فالسلوك الإنساني وفق هذه النظرية هو محصلة للبيئة الخارجيـة والعمليـات المعرفيـة والأحداث الداخلية الأخرى (الخطيب،1990: 30).

ويفسر هذا النموذج ظهور الاضطرابات والمشكلات السلوكية عند الأطفال على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم، لذا فان هذا الاتجـاه يركز وبعمق على افتراض أن(إعادة الفرد لتنظيم أفكاره سيؤدي إلى إعادة تنظيم سلوكه) (القمش والمعايطة،2007: 102).

إن الجوانب المعرفية لدى المضطربين عبارة عن سلوكيات واضحة يمكن تعديلها تماماً من خلال تعديل السلوكيات الملاحظة بوضوح والمعروفة إجرائيـاً، لذا فان أساليب تعديل السلوك يمكن أن تستخدم في تعديل عمليات التفكير العلنيـة والذاتية (القمش والمعايطة،2007: 102).

يتميز هذا العلاج بإزالة الأعراض المرضية مباشـرة دون البحـث عـن الصراعات النفسية والصدمات في مرحلة الطفولة، بل يهتم بالمشاعر والتجـارب الذاتية للفرد وينظر إلى الأفكار الواعية على أنها الأساس والمركز الـذي تـدور حوله أعراض الاضطراب.فهو يتجه إلى تعديل وتطوير النظم والجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية (شمسان،2004: 84).

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على عدد من الفنيات والأسـاليب لتعـديل سلوك الأفراد منها: ضبط المثير، والمراقبة الذاتية، والتعزيز الذاتي أو العقـاب الذاتي، والتعلم الذاتي، والتدريب على الاستجابة البديلة، وتقييم الذات، والتـدريب القائم على العزو السببي. وإحدى فوائد الضبط الذاتي هو إمكانيـة تطبيقـه فـي معالجة الأطفال المضطربين سـلوكياً مـن ذوي النـشاط الزائـد والاندفاعيـة (يحيى،2000: 51).

يتبين أن العلاج السلوكي المعرفي ظهر كحلقة وصل بين العلاج السلوكي الذي يهتم بالأحداث الخارجية (السلوك الظاهر) والعلاج المعرفي الذي يهتم بالأحداث الداخلية (العمليات المعرفية) معتبراً أن السلوك الظاهري وعمليات الإدراك والتفكير يشكلان حلقة وصل بينهما. و أن تعديل السلوك هو نتاج لتفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد و بناءاته المعرفية، حيث يقوم الفرد بتحديد السلوك القديم المراد تغييره بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكاً جديداً صحيحاً يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة بدلاً من القديمة، مما يؤدي إلى إحداث السلوك المرغوب وتعميمه ومحاولة تثبيته.

أن تعديل سلوك الأطفال المضطربين باستخدام العلاج السلوكي المعرفي يتم من خلال أسلوب الضبط الذاتي وتنمية قدرتهم على كيفية تقييم سلوكياتهم بطريقة فعالة وصحيحة وتدريبهم على تعزيز ذواتهم عند قيامهم بالأداء الصحيح وكيفية التعامل مع المشكلات وحلها بفاعلية. ويعد هذا العلاج فعالاً في مرحلة الطفولة المتأخرة لأنه بحاجة إلى عمليات المعرفية على اعتبار أن السلوك هو تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية.

يتبين من أنواع العلاج السابقة المستمدة من النظريات السلوكية إنها ركزت على المواقف التي يحدث فيها السلوك الظاهر القابل للملاحظة في المواقف الراهنة بدلاً من المواقف السلوكية التي حدثت في وقت سابق، والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه وتحديد ماهو التغيير المناسب في البيئة والطفل بحيث تجعله قادراً على تعلم استجابات تكيفيه مناسبة جديدة بدلاً من سلوكه المضطرب باستخدام مبادئ العلاج السلوكي في التغيير.

ثامناً:تعديل السلوك في العلاج السلوكي.

يعد مصطلح تعديل السلوك Behavior Modification من المصطلحات التي انبثقت من المدرسة السلوكية. يمثل مجموعة من الإجراءات التي انبثقت من

قوانين السلوك لوصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك.(القمش والمعايطة،2007: 198)

وهو عملية إجرائية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات المسئولة عن حدوث السلوك لتحقيق الأهداف المتوخاة من عملية التعديل، وهو علاج اقتصادي يوفر الوقت والجهد على المعالج السلوكي، وهو يحدد الإجراءات والسياسات العلاجية التي تناسب كل سلوك بشكل دقيق مما يتطلب تعريف السلوكيات المراد تغييرها إجرائياً والقابلة للملاحظة المباشرة والقياس ويمكن التحكم فيه. ويهتم بالسلوك الذي يوصف بأنه ظاهرة قائمة بحد ذاتها وبحاجة إلى تعديل، وليس كعرض لصراعات نفسية داخلية. وينصب على التفاعل القائم بين الفرد وبيئته. والسلوك قد يأخذ مجموعة من الاستجابات، وان البيئة هي مجموعة من المثيرات (العزة وعبد الهادي،2001: 25-26).

ويهدف تعديل السلوك إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة وتطوير خطة لتعزيز هذا السلوك وتدعيمه. ويستخدم في مجالات مختلفة كالمجال التربوي، والأسري، والإكلينيكي. وهو أداة قيمة للمعلم ويستعمل في المدارس مع العاديين وغير العاديين من اجل تطوير مهاراتهم الذاتية والاجتماعية واكتساب سلوكيات أكثر ملائمة (يحيى،2003: 165).

ويستخدم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو وصعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعوقات الأخرى للنمو، والتصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي. وان علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط السلوكية الخاطئة (إبراهيم،1993: 36).

ويستند تعديل السلوك على مجموعة من الخصائص الرئيسية التي أشار إليها (الخطيب،1995: 30) هي:

1-أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يعيش فيها بما تحويه هذه البيئة من متغيرات مختلفة يؤثر فيها وتؤثر فيه.

2-أن السلوك متعلم.

3-أن السلوك قابل للتغير ويعتمد في تغيره على درجة شدة ذلك السلوك، وبعدد مرات حدوثه ،وبمدى تقبل أو رفض من حوله لهذا السلوك.

4- إمكانية تعميم السلوك.

5- أن السلوك قابل للزيادة والنقصان عن طريق تقديم المعززات أو إجراءات العقاب المختلفة.

6-يمكن إدخال التعديلات المناسبة على بيئة الفرد أو تغييرها مما يعطي الفرصة لتعديل سلوكه.

7-أن السلوك يمكن التنبؤ به قبل حدوثه من خلال المثيرات المؤدية إلى حدوثه.

8-أن السلوك الظاهري هو نفسه المشكلة ويستطيع المعالج السلوكي التحكم به.

9-التعامل مع السلوك بوصفه لا يخضع لعوامل الصدفة بل يخضع لقوانين محددة.

10- أن السلوك محكوم بنتائجه.

وينطلق تعديل السلوك من مسلمات النظرية السلوكية التي يعتمد عليها العلاج السلوكي، ومن أهم هذه المسلمات: (إبراهيم،2007: 61)

1- إن السلوك غير المرغوب مكتسب بفعل أخطاء في عملية التعلم، ومن ثم يمكن تغيير هذا السلوك، عن طريق إعادة التعلم.

2- إن تشخيص المشكلة السلوكية يتم برصد استجابات الفرد كما يلاحظها الآخرون في الواقع.

3- إن علاج العرض يؤدي إلى علاج المرض، وان العلاج الفعال هو الذي يعمل على التخلص من الأعراض بنجاح.

ولنجاح عملية تعديل السلوك يجب لفت نظر الطفل لشيء يحبه ويغريه على المتابعة والاستمرار مع المعالج، ويحدث ذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة زمنية قصيرة وبعد النجاح يتم زيادة المدة الزمنية تدريجياً. ويشترط لنجاح هذه الإستراتيجية أمران هما:

1- الصبر على الطفل واحتماله لأقصى درجة، وعدم إتباع العنف معه.

2- أن يعلم الطفل بان هناك حافز أو مكافئة في حالة انجازه للمهمة.(الدسوقي،2006: 273)

ومن العوامل الأخرى التي تساعد على نجاح عملية تعديل السلوك الثبات في التعامل مع سلوك الطفل، وفهم الطفل للسلوك الذي يقوم به من خلال شرح الكبار له عن طبيعة السلوك الذي صدر عنه، وتكرار السلوك المضطرب المراد تعديله والتعرف على عدد مرات ظهوره بانتظام (العبيدي، 2008: 40).

يتبين من العرض السابق أن تعديل السلوك عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي انبثقت من قوانين المدرسة السلوكية والتي تنصب على ضبط الظروف البيئية الخارجية التي يمكن ملاحظتها مباشرة وإمكانية التحكم فيها بسهولة نسبياً. ويمكن أن تستخدم هذه الأساليب مع الأطفال في عمر ماقبل المدرسة لأنها تركز على المشكلات السلوكية الظاهرة التي يظهرها الطفل المضطرب في بيئته والتي يمكن التعرف عليها بسهولة من قبل الأفراد المحيطين به ومن قبل المعالج السلوكي الذي بدوره يعمل على تحديد السلوك المرغوب فيه والمطلوب تقويته وتكراره والسلوك الغير مرغوب فيه والمطلوب تعديله أو تغيره أو التخلص منه. وذلك من خلال استخدام فنيات المدرسة السلوكية التي تعد

واضحة وملموسة بالنسبة للطفل ويكون تأثيرها مباشراً علـــى ســلوكه ويمكـــن ملاحظته.

تاسعاً:الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك.

قبل البدء بإعداد برنامج تعديل السلوك لابد من تحليل السلوك تحليلاً دقيقاً بعيداً عن العشوائية والعمومية والأحكام الناقصة. لذا عند وضع برنامج نظـــامي ودقيق لتعديل السلوك لابد من إتباع الخطوات الأساسية التي يستند إليها.

وتعمل برامج تعديل السلوك على تغيير السلوك غيــر الملائـــم واســـتبداله بسلوك ملائم، بالإضافة إلى تدريب الفرد على اكتساب مهارات مختلفة، وتـــشمل هذه البرنامج ثلاثة عناصر رئيسية مترابطة هي: **الأحداث التي تـسبق الـسلوك، والسلوك، والعواقب** أو النتائج المترتبة على السلوك. وان كل عنصر مـــن هـــذه العناصر يتبع العنصر السابق له ويمهد للعنصر الذي يليه (سيسالم،2002: 55).

وتعد برامج تعديل السلوك برامج عملية تركز علـــى أعـــراض محـــددة للمشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج. وتحدد الاستجابة المتوقعة من الفرد، حيث تكون متطلبات الموقف واضحة منذ البداية ويكون التركيز علـــى مسئولية الفرد في تحديد التدعيم وتكون إستراتيجية واقعية ويعرف الفرد ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب لكي يحصل على التدعيم (كوزول وآخرون،2002: 101).

إن من ايجابيات استخدام برامج تعديل السلوك أنه يمكن تطبيقها في مواقف عديدة سواء في البيت أو المدرسة أو مكان العمل، كما ويمكن تطبيقها على فئات مختلفة من الأفراد سواء من العاديين أو غـــير العاديـيــــــن ومـــن الكبـــار أو الصغـــــار ومن الذكـــــور أو الإناث (القمش والمعايطة،2007: 198).

فقد أشار(إبراهيم وآخرون،1993: 155-168)(إبراهيم،1998: 385-394)إلى انموذج لتعديل سلوك الأطفال المضطربين يعتمد على التدعيم كخط أساسي لهـــا وقد حددها في ستة خطوات أساسية هي:

1- **تحديد السلوك المحوري:** وهو السلوك الذي نريد تعديله والذي يمثل مصدر الشكوى ويحدد نوعياً في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها.

2- **وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه:** وتتضمن جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك، ويمكن تحقيق هذا الغرض باستخدام وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصاً لذلك، للوصول لما يسمى بحد الانتشار (الخط القاعدي) وهو الخط الذي يظهر فيه السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج. وتساعد هذه البيانات إلى التعرف على مقدار شيوع السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه، وتعطي فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكن تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

3- **السوابق واللواحق للسلوك:** وفيها يتم التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه، وكذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية بعد ظهور هذا السلوك.

4- **برنامج العلاج والخطة العلاجية:**وتتضمن تحديد الخطة العلاجية مايلي:

- تحديد الأهداف النوعية التي نتطلع لانجازها.
- إشراك الوالدين والطفل في وضع البرنامج. ومن خلال التعامل معهما يمكن أن تحدد المعززات الايجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.
- الاستعانة بقائمة التعزيزات اللفظية أو المصورة ويفضل أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة و أن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الايجابي.
- توجيه انتباه المحيطين بالطفل إلى ضرورة الإكثار من التعزيز عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

• يجب أن تتضمن الخطة جميع الأساليب الفنية التي ستستخدم بتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

• ينبغي أن تشتمل الخطة على مدى زمني لتقييم البرنامج.

5- بناء توقعات علاجية: تتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:

• تشجيع الاتجاه الايجابي لدى الطفل والأسرة بدلاً من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه.

• يقسم السلوك (الهدف) إلى أقسام أو خطوات فرعية وتشجيع كل خطوة عند ظهورها.

• يتم مساعدة الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ .

• احتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك.

• إدماج الآباء والأخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج واطلاعهم عليها.

6- تعميم السلوك: بعد أن تمكن الطفل من نعلم الكثير من الجوانب الايجابية للسلوك، يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية الواقعية.

وأشار (الروسان،2000: 168) إلى أن خطوات عملية تعديل السلوك تتمثل في:

1- تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائياً.

2- تحديد السلوك غير المرغوب فيه إجرائياً.

3- تحديد الهدف من عملية تعديل السلوك.

4- تحديد أسلوب/أساليب التعديل المناسبة.

5- تحقيق الهدف من عملية تعديل السلوك.

وأشار (سيسالم،2001: 167-196) إلى إن برامج تعديل السلوك تشتمل على سبع خطوات رئيسية مترابطة هي:

1- تعريف السلوك وتحديده.

2- قائمة السلوكيات البديلة.

3- التعرف إلى حجم المشكلة السلوكية.

4- تحديد المواقف التي تظهر فيها المشكلة بشكل اكبر.

5- تصنيف المشكلات السلوكية الرئيسية.

6- القائمة النهائية للسلوك.

7- قائمة السلوكيات التي يجب تجاهلها.

بينما أشار (الخطيب،2001: 70-79) إلى أن خطوات تعديل السلوك هي:

1- **تحديد المشكلة**: وتعني وجود مشكلة سلوكية تحتاج إلى معالجة وذلك من خلال إجراء عملية تقويم أولية غالباً ما تشمل المقابلة السلوكية، وتطبيق قوائم التقدير السلوكية، والملاحظة.

2- **تعريف السلوك المستهدف إجرائيا**: وتشمل الأهداف السلوكية وتحديد ثلاثة عناصر هي: الأداء (أفعال سلوكية واضحة يمكن قياسها بشكل مباشر)، والظروف (المواقف التي سيحدث فيها السلوك والمواد والأدوات اللازمة له)، والمعايير(المحكات التي تستخدم للحكم على الأداء من حيث دقته أو نوعيته).

3- **قياس السلوك المستهدف**: يكون القياس مباشراً ومتكرراً يركز على الأبعاد الرئيسية التالية: تكرار السلوك (عدد مرات حدوثه في فترة زمنية معينة)، ومدة حدوث السلوك (الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك بالحدوث)، وشدة السلوك (مستوى قوة السلوك أو مستوى ضعفه)، وكمون السلوك (الفترة الزمنية التي تفصل بين حدوث المثير وحدوث السلوك)، وطبوغرافية السلوك (الشكل الذي يأخذه السلوك).

4- **تصميم برنامج تعديل السلوك**:يعتمد برنامج تعديل السلوك على عدة عوامل منها:تقييم الخصائص الشخصية للطفل،ومدى توفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذ

البرنامج،ومهارة وخبرة الأفراد الذين سيقومون بتنفيذه،ووصف العناصر التي يشتمل عليها البرنامج كتابياً.

5- تنفيذ برنامج تعديل السلوك: وفيه يتم تنفيذ البرنامج في الأوضاع التطبيقية المختلفة (المدرسة، أو البيت، أو العيادة)، وإيضاح العلاقات الوظيفية بين الإجراءات العلاجية المستخدمة (المتغيرات المستقلة)، والسلوك المراد تعديله (المتغير التابع) وبعدها يتم تقييم فاعلية البرنامج في تعديل السلوك وإجراء التغيرات في ضوء التقييم.

وأشار (ملحم،2001: 438) أن إجراءات تعديل السلوك تسير على النحو الآتي:

1- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره ويتم عن طريق استخدام عدد من الأساليب الخاصة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالسلوك المضطرب كالملاحظة، والمقابلة، واستخدام المقاييس النفسية.

2- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب. ويتم تنفيذ ذلك عن طريق الفحص الدقيق والبحث في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يليه من عواقب.

3- تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب.

4- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها.

5- إعداد جدول لإعادة التدريب.

6- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.

7- تعديل الظروف البيئية.

ويتفق (الظاهر،2004: 51-69) مع الخطيب على ضرورة تحديد الخطوات العامة للبرنامج، لكنه يرى بأن تكون على النحو الآتي:-

1- تحديد الأهداف السلوكية: وتعد الخطوة الأولى في برنامج تعديل السلوك لتحدد بدقة ماهو السلوك المطلوب تقليله أو إيقافه أو تعزيزه بعيداً عن الغموض والتعميم ليساعد ذلك على وضع الخطة.

2- ترتيب المشكلات حسب الأهمية: إن ترتيب المشكلات حسب أهميتها و أولوياتها ضروري لتحقيق النتائج السليمة التي تجنب المضيعة للوقت، فالمشكلة التي تؤثر في سير الدرس أولى بالبدء فيها من الأخرى التي يكون تأثيرها مقتصراً على الطفل ذاته. والمشكلة التي فيها إيذاء للذات أو للآخرين أولى بالبدء من تلك التي ليس لها ذلك الأثر. كما إن المشكلة التي يسهل علاجها أولى بالمعالجة من المشكلة التي تحتاج إلى خطة معقدة.

3- عمل خط الأساس: يقصد به الملاحظة الدقيقة للسلوك خلال فترة معينة لقياس أمثلة من السلوك المستهدف. وتعد هذه المرحلة الأساس في تحديد السلوك المستهدف بشكل علمي دقيق والتي تساعدنا على معرفة فاعلية البرنامج التدريبي المستند على تعديل السلوك.

4- تحديد المعززات: يتوقف نجاح البرنامج على مدى استخدام المعززات بشكل مناسب وفق المتغيرات المختلفة، والمعززات كثيرة ومتنوعة.

5- مرحلة التدخل: يتطلب برنامج تعديل السلوك دقة في التنفيذ وخاصة عندما يطبق مع تلميذ واحد، أو عدد محدود من التلاميذ لأنه قد يكون له تأثير سلبي على بقية التلاميذ الذي لم يتم تعزيزهم، كما يجري التأكيد على المشكلة أو المشكلات التي صمم البرنامج من اجلها ،كما يفترض اختيار الأسلوب المناسب مع التلميذ أو التلاميذ المستهدفين وطبيعة المشكلة.

6- مراقبة التقدم: أن المراقبة المستمرة لمعرفة التقدم الذي حدث في تغيير السلوك سمة من سمات برامج تعديل السلوك، وهذا يتطلب تسجيل السلوك أو السلوكيات المستهدفة لمعرفة التغير الذي حصل من جراء تطبيق البرنامج من

خلال مقارنتها بخط الأساس مما يساعد في تغيير أو تعديل طريقة التدريب أو العلاج بحيث تكون أكثر فاعلية في تعديل السلوك.

وقد أشار(هجرس،2003: 98-100) إلى تصميم نموذج (التخطيط، البرمجة، الميزانية) ويعد هذا النموذج من الأساليب الإدارية الفعالة في التخطيط، إذ يسعى لتحقيق أهدافه بأقصى فعالية وفائدة في اقل التكاليف وخطوات التخطيط لهذا البرنامج هي:

1- **تحديد الاحتياجات** (من خلال مسح المشكلات وإرجاعها إلى الحاجات المرتبطة بها).

2- **اختيار الأولويات** (من خلال ترتيب الحاجات حسب حدتها أولوياتها).

3-**تحديد الأهداف** (العامة والفرعية).

4-**إيجاد برامج ونشاطات لتحقيق الأهداف الموضوعة** (إجراءات البرنامج).

5- **تقييم النتائج** (المتابعة المستمرة).

ويعد هذا النموذج من أكثر التصاميم استخداماً في البرامج التي تهتم بمعالجة المشكلات السلوكية وتعديل السلوك.

يبدو مما تقدم أن هناك اتفاقاً بين المختصين والباحثين على ضرورة أن يجري تعديل السلوك على خطوات، أما فيما يتعلق بتلك الخطوات فقد اتفقوا على بعضها واختلفوا على البعض الآخر منها.

فالمعالج السلوكي يجب أن يضع أمامه نوع المشكلة التي يعاني منها الطفل والظروف المحيطة به، ومدى إمكانية تطبيق البرنامج، والمعوقات التي تقف في سبيل تحقيق أهدافه. وعلى الرغم من هذا التنوع فان الهدف الأساسي لهذه البرنامج يتمثل في محاولة مساعدة الطفل على اكتساب السلوك التكيفي والعمل على تطوير وتنمية العادات والمهارات السلوكية المناسبة دون الاعتماد على لوم الطفل لأنه ينطلق من مبدأ أن السلوك غير المرغوب فيه نتيجة لخلل في التعلم

يمكن إزالته وفق مبادئ التعلم، لذا فهو في الأول والآخر ذو طبيعة إنسانية مهما اختلفت وتعددت المبادئ أو المحاور التي استند عليها.

وقد استخلصت الباحثة من الصيغ المتعددة السابقة خطوات إعداد برنامجها بصياغة مناسبة تراعي فيها خصوصية أفراد عينة البحث من الأطفال والتي تضمنت مايلي:

1- تحديد المشكلات التي يعاني منها أطفال الروضة تبعاً لأولوياتها.

2-تحديد الحاجات المناسبة التي انبثقت من تلك المشكلات.

3- تحديد الأهداف العامة والخاصة.

4- تحديد الأساليب والفنيات المناسبة.

5- تحديد الأنشطة المناسبة.

6- تنفيذ البرنامج.

7- تقييم البرنامج من خلال تحديد الخط القاعدي ومدى التغير الحاصل في سلوك الطفل.

وهذه الخطوات تتفق بدرجة كبيرة مع الخطوات التي أشار إليها كل من (الروسان2000) و(سيسالم2001) و(الخطيب 2001) و(الظاهر 2004) و(هجرس 2003)

عاشراً:الأساليب والفنيات العلاجية في تعديل السلوك:

إن معظم الأساليب التي بنيت عليها برامج تعديل السلوك قد تم اشتقاقها من البحوث العلمية والتجريبية في مجال علاج المشكلات السلوكية. وهناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الفنيات العلاجية السلوكية التي يمكن استخدامها مع الأفراد المضطربين في سلوكهم وهذان الأسلوبان هما:

أ- أسلوب زيادة السلوك:

يهدف عند تطبيقه إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب مجموعة من الفنيات هي:

1- التعزيز Reinforcement :

يعد التعزيز عملية سلوكية تشتمل على تقوية السلوك، حيث يتبع مثير بيئي ما(حدث، شيء، خبرة)السلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي ذلك إلى زيادة احتمالات ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة. ويسمى المثير البيئي بالمعزز Reinforcer. والتعزيز يعمل بتواصل ويترك آثاراً بالغة في سلوك الطفل ويتصف بالتلقائية Automaticity (الخطيب، 2001: 37).

وأشار سكنر إلى وجود ثلاث فئات من المعززات تؤثر على السلوك هي:

- **المعززات الايجابية Positive Reinforcement** وهي الحوافز التي تسبق السلوك المتعلم وتؤدي إلى إشباع الحاجات،لذا فهي مريحة وتظهر في ظروف مشابهة في المستقبل.
- **المعززات السلبية Negative Reinforcement** وهي تتعلق بالمواقف السلبية المؤلمة وتلقى رفضاً وعدم رضا اجتماعي أو نقد وتذمر وبإزالتها يتم تعزيز الموقف(ابوعيطة،1997: 157).

وقد تكون المعززات على شكل أنواع مختلفة منها:

- **المعززات الاجتماعيةSocial Reinforcers:** وهي مثيرات طبيعية عديدة ومتنوعة يمكن تقديمها باستمرار بعد السلوك المطلوب تعزيزه وتتميز بفورية التقديم ومنها المدح والثناء والتشجيع والربت على الظهر واللعب بالشعر ونظرات الإعجاب. وتتسم بأنها اقتصادية ولا تكلف شيئاً كما أن تنوعها يساعد على استخدامها لفترة طويلة دون أن تصل إلى حالة الإشباع.
- **المعززات المادية:Tangible Reinforcers** وتشمل أنواع متعددة من المعززات التي يرغبها الأطفال كاللعب بأنواعها، والأقلام، والصور. أو قد تكون على شكل معززات رمزية Token Reinforcers كالنجوم أو النقاط أو

الدرجات أو الكوبونات وغيرها والتي يحصل عليها الطفل من خلال تأديته للسلوك المطلوب ويمكن استبدالها فيما بعد بما يرغبه.

- **المعززات الغذائية: Edible Reinforcers** وتشمل على جميع الأطعمة و الأشربة والتي تستخدم بشكل كبير مع الأطفال.
- **المعززات النشاطية:Activity Reinforcers** وهي نشاطات مرغوبة من الأطفال، وتكون مرهونة بتأدية السلوك المستهدف، وهي أنواع كثيرة منها الرسم، والعزف على الآلات الموسيقية، واللعب مع من يحب وغيرها (الظاهر،2004: 57-62).

ومن العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز هي:

- توقيت التعزيز Timing فالتعزيز الفوري أكثر فاعلية من التعزيز المؤجل.
- ثبات التعزيز Consistency وما يعنيه هو استخدام التعزيز وفق جداول مناسبة. فالتعزيز العشوائي أو الاعتباطي ليس من خصائص منهجية تعزيز السلوك.
- مستوى الحرمان Deprivation State كلما طالت فترة حرمان الطفل كان التعزيز أكثر فعالية.
- كمية التعزيز: يمكن أن نعزز بكميات كبيرة في مرحلة اكتساب السلوك والتقليل منه في مراحل متأخرة.
- عوامل أخرى منها: جدة التعزيزNovelty، ونوعية التعزيزQuality، والتعليماتInstructions (الخطيب، 2001: 41-43).

والتعزيز يؤدي إلى ثلاثة وظائف في برنامج التدريب هي:

- حدوث التعلم.
- يحفز الطفل.

• يعرف الطفل نتيجة عمله وانه يعمل بالشكل الصحيح لأنه ينال المكافئة عقب نجاحه بالأداء مباشرة (واطسن،1994: 84).

2- التشكيل:**Shaping**

هي عملية تعلم سلوك مركب تتطلب تعزيز بعض أنواع السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال المتدرج من خطوة لأخرى، وعدم تعزيز أنواع أخرى. من اجل إيجاد سلوكيات جديدة كلية لدى الطفل ويتم ذلك من خلال استخدام قوانين الانطفاء Extinction، والتعميمGeneralization، والتمييز.Discrimination (أبو عيطة،2002: 152).

ويشير واطسن إلى عدة خطوات يجب الانتباه إليها لتشكيل السلوك عند الأطفال هي:

- التعرف إلى الطفل والتقرب له.
- معرفة ما يفضله الطفل لنقدمه له كتعزيز.
- الانتباه.
- وضع الطفل تحت تحكم لفظي بسيط، أي جعله يطيع التعليمات البسيطة.
- تحديد المستوى الفعال للطفل.
- تشكيل أجزاء السلوك.
- تشكيل التتابع السلوكي (واطسن،1994: 68).

ويستخدم أسلوب تشكيل السلوك في واحدة أو أكثر من الحالات التالية:

- عندما لا يتمكن الطفل من أداء السلوك الملائم .
- عندما لا يكون باستطاعة الطفل أداء السلوك الملائم ولكنه يستطيع تأدية سلوك قريب منه.
- عندما لا يستطيع أداء السلوك الملائم بشكل كلي ولكنه يستطيع أن يؤدي جزءاً من هذا السلوك (سيسالم،2002: 54).

3- التسلسل:Chaining

ويقصد به تجزئة النشاط أو السلوك إلى مجموعة من الأجزاء الصغيرة تعرف بالواجبات أو المهام ثم تدريب الطفل على كل مهمة على حدة (Strauss&Eyman,1996:1422).

4- الاستبعاد التدريجي:

وهو أسلوب يتم من خلاله إزالة السلوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية وببطء إلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك الصحيح دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث يؤخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ويعزز (القمش والمعايطة،2007: 94).

5- التلقين: Prompting

وهو إجراء يتضمن الاستخدام المؤقت لمثيرات تعزيزيه إضافية بهدف زيادة احتمال أداء الفرد للسلوك المستهدف. أي هو حث الطفل على أن يسلك على نحو معين والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك (Mcadam&Cuvo,1994:47).

والتلقين أنواع منه التلقين اللفظي Verbal Prompting، والتلقين الجسدي Prompting Physical ، والتلقين البصري (الخطيب،2004: 251).

ويستخدم الإخفاء Fading بغرض الإزالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الطفل على أداء السلوك المطلوب منه باستقلالية (عبد الباقي،2001: 38).

6- التعاقد السلوكي: Behavioral Contracting

وهو اتفاق مع الطفل على تقديم جوائز مقابل السلوك المرغوب فيه على أن يكون العقد واضحاً وعادلاً ويتم الالتزام فيه من قبل الطرفين (شيفر وملمان،1999: 15).

ولغرض استخدام التعاقد السلوكي مع الطفل يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار مجموعة عناصر هي:

- تحديد السلوك الذي سيتم تغييره.
- محك الأداء المقبول للسلوك.
- المكافآت والنسبة بين السلوك الذي سيتم أدائه والمعززات التي سيحصل عليها الطالب.
- تحديد الوقت الذي ستقدم فيه المكافآت.
- عبارة توضح ما سيواجهه الطفل من جزاء إذا اخل بالعقد(ريزو وزابل ج2،1999: 68).

7- الاقتصاد الرمزي: **Token Economies**

وهو التطبيقات الشائعة في مبدأ بريماك وهو عبارة عن مكافآت رمزية تستخدم كبدائل مؤقتة لمعززات أكثر مادية، إذ يتم استبدالها بها لاحقاً. ويمكن أن تأخذ الرموز شكل إشارات، ونقاط، والشارات الورقية الملونة، والأوراق المالية غير الحقيقية، والفيشات أو البونات، ويحصل عليها الطفل مقابل أداء سلوك محدد، وتتحدد القيم المعطاة لها بشكل مسبق.

ولاحقاً تستبدل تلك الرموز بمعززات حقيقية. وتتطلب هذه الفنية تحديداً مسبقاً لكل من السلوكيات التي يحصل من يقوم بها على الرموز، والقيمة الرمزية لسلوكيات معينة، وإجراءات منح الرموز، ومعدل الاستبدال للمعززات الحقيقية، وفرص الاستبدال (الراميني،2007: 24).

8- النمذجة: **Modeling**

هي إتاحة نموذج سلوكي مباشر للطفل يكون هدفه توصيل معلومات له بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً.

والنمذجة أسلوب تعليمي يقوم المعلم بأداء سلوك مرغوب فيه ثم يشجع الطفل على محاولة أداء السلوك نفسه متخذاً من هذا السلوك قدوة يقتدي بها. ويعتبر التعلم بالنمذجة من الفنيات الأساسية في تعديل السلوك ويمكن علاج

السلوك المضطرب بتقديم النموذج المرغوب إما عن طريق الأداء المباشر أو غير المباشر (الشخص والدماطي،1992: 296).

وهناك أنواع من النمذجة منها النمذجة الحية، والمصورة، والمشاركة. والعوامل التي تزيد من فاعلية النمذجة: انتباه الطفل للنموذج، ودافعيته، وقدرته على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار في تأدية السلوك بعد اكتسابه (Strauss&Eyman,1996:1425).

ب- أسلوب خفض السلوك:

يهدف عند تطبيقه إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه ويندرج تحت هذا الأسلوب مجموعة من الفنيات هي:

1- العقاب: Punishment

ويعني تقديم المثير المؤلم مباشرة بعد حدوث السلوك المراد عقابه، والذي من شانه إن يؤدي إلى تقليل حدوث ذلك السلوك مستقبلاً بالمواقف المماثلة (أبو حميدان،2001: 207).

ويأخذ العقاب احد الشكلين التاليين:

- إضافة مثيرات سلبية منفرة ويسمى في هذه الحالة العقاب من الدرجة الأولى.
- إزالة مثيرات ايجابية أو تعزيزيه ويسمى بالعقاب من الدرجة الثانية.

ولا يكون العقاب فعالاً إلا إذا خفض من السلوك غير المرغوب فيه (الخطيب،2004: 243).

ولكي يصبح العقاب فعالاً يجب الانتباه إلى: طبيعة المثيرات المستخدمة، شدة العقاب، فورية العقاب، استخدام العقاب بهدوء، استخدام العقاب بطريقة متسقة، اقتران العقاب بالتعزيز، معاقبة السلوك نفسه لا بمعاقبة الطفل، تهيئة الظروف البيئية المناسبة، استخدام العقاب عند الضرورة القصوى فحسب، أن يكون العقاب مصحوب بتعليمات لفظية واضحة (عبد الهادي،2000: 93-95)(عبد الباقي،2001: 51-52).

2- الإطفاء (المحو):Extinction

وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق بإغفالــه حتـــى ينطفئ ذلك السلوك (القاسم وآخرون،2000: 185).

3- التغذية الراجعة:Feedback

تلعب التغذية الراجعة دوراً بالغ الأهمية في تشكيل الأطفـــال المـــضطربين سلوكياً. وهي تتضمن تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه وتوجه السلوك الحالي والمستقبلي. والتغذية الراجعة قد تؤدي إلى واحد أو أكثـــر من النتائج التالية:

- تعمل بمثابة تعزيز(التغذية الراجعة الايجابية) أو بمثابة عقاب(التغذية الراجعة السلبية).
- تغيير مستوى الدافعية لدى الطفل.
- تقدم معلومات للطفل توجه أدائـــه وتعلمـــه(التغذيـــة الراجعـــة التـــصحيحية) (الخطيب،2001: 45).

4- تكلفة الاستجابة:Response Cost

بمعنى أن تأدية الفرد للسلوك غير المقبول سيكلفه شيئاً ما وهذا يعني فقدان لقدر معين من المعززات التي بحوزته وقد يسمى هذا بالغرامة وغالباً ما يعتبـــر نوعاً من العقاب.

ولغرض استخدام هذا الأسلوب لابد من مراعاة عدد من الإرشادات هي:

- يجب أن تطبق مباشرة بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المستهدف.
- يجب أن لا يجمع عدد من النقاط السلبية.
- يجب التحكم في نسبة اكتساب النقاط مع فقدان النقاط.
- أن طرح النقاط يجب أن لا يكون إجراءاً عقابياً أو شخصياً.
- يجب تعزيز السلوك المناسب حين يحدث (ريزو وزابل ج2، 1999: 61).

5- التصحيح الزائد: Over Correction

يعتمد هذا الإجراء على التوبيخ الزائد للفرد بعد قيامه بالسلوك غير المقبول مباشرة، وتذكيره بما هو مقبول وما هو غير مقبول، ويطلب منه إزالة الأضرار التي نتجت عن سلوكه وأداء سلوكيات نقيضه للسلوك غير المقبول والذي يراد تقليله ويتكرر هذا لفترة زمنية محددة (عبد الباقي، 2001: 58).

6- الإيقاف- الحجز المؤقت: Time-Out

والمقصود به إبعاد الطفل عن مكان محبب إلى نفسه يحصل فيه على التعزيز. ويتطلب هذا الأسلوب وجود غرفة أو مكان ليس فيه مثيرات ملفته للانتباه مثل الألعاب أو التلفاز . ويوضح للطفل السلوك غير المرغوب فيه وسبب إقصائه. حيث يبعد لفترة من الوقت تتناسب مع سنه وإذا تمادى في السلوك يبعد مرة أخرى، وفي حالة عدم توافر المكان لحجز الطفل يمكن أن يجعل الطفل يقف في زاوية الغرفة ووجهه للحائط.

ويقترح عند استخدام هذا الأسلوب إتباع مايلي:

- مناقشة الأسلوب مع الوالدين والإدارة المدرسية وتوضيح أهميته في تعديل السلوك.
- أن تكون غرفة الحجز واسعة وتتوافر فيها وسائل الأمان.
- لا يوضع أكثر من طفل في غرفة الحجز في وقت واحد.
- يجب أن لا يزداد فترة الحجز دون سن الثامنة عن خمس دقائق والأكبر سناً عن عشر دقائق، وإذا تكرر السلوك غير المرغوب فيه، يجب أن لا يزداد الوقت بل يتكرر الحجز.
- قبول الطفل دون توبيخ أو مساءلة، بعد انتهاء فترة الحجز (الرشيدي والسهل، 2000: 451-452).

7- الإشباع: Satiation

ويعني إعطاء الطفل كمية كبيرة من المعزز نفسه خلال فترة قصيرة نسبياً بحيث تؤدي إلى فقدان المعزز لقيمته (عبد الباقي، 2001: 58).

8- الممارسة السلبية: Negative Paretic

يشتمل هذا الإجراء إرغام الطفل على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل ولفترة زمنية محددة على افتراض انه سيصبح مملاً وبغيضاً في النهاية، وفي

العادة يستخدم هذا الإجراء لتقليل السلوكيات غير الإرادية كمص الإبهام، وقضم الأظافر، والنشاط الزائد (القمش والمعايطة،2007: 98).

يتبين من العرض السابق تعدد الأساليب والفنيات التي يمكن استخدامها في برامج تعديل السلوك. وهذه الأساليب منها من تعمل على زيادة السلوك المرغوب فيه وتقويته ومنها من تعمل على حذف أو خفض السلوك غير المرغوب فيه.

وقد استخدمت الباحثة عدد من هذه الفنيات في برنامجها وبما يتناسب وخصوصية المرحلة العمرية للأطفال في عمر ماقبل المدرسة، وطبيعة الاضطراب الذي يتضمن أعراض سلوكية واضحة تتمثل بتشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، وبعض الأعراض السلوكية المصاحبة له، والظروف البيئية المحيطة بالطفل والمتمثلة بالروضة. حيث تم التركيز على التعزيز بأنواعه المختلفة كالتعزيز المادي والمعنوي والرمزي من اجل تقوية السلوك المرغوب فيه والعمل على تكراره باستمرار، والاعتماد على فنية الحث والتلقين من خلال التلميحات التي تقدم للطفل لمساعدته على تأدية السلوك المطلوب تعلمه وقد تكون هذه المساعدة لفظية أو جسدية أو إيمائية. والنمذجة لغرض إكساب الطفل السلوك المناسب وذلك من خلال تقديم نموذج واقعي أو سرد قصة تحتوي على النماذج الايجابية المطلوب من الطفل محاكاتها أومن خلال اللجوء إلى فنية تشكيل السلوك من خلال إجراء تقريب تدريجي للسلوك والتعزيز الايجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك النهائي. واستخدمت فنية تكلفة الاستجابة عند التعامل مع الطفل المضطرب من خلال حصوله على النقاط كمكافئة عند القيام بالسلوك الصحيح وتغريمه بعض النقاط عند قيامه بالسلوك الخاطئ، واستخدمت فنية التجاهل في بعض السلوكيات غير الصحيحة التي تصدر من الأطفال من اجل محوها وإطفائها.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

- دراسات تناولت تشخيص الاضطراب.
- دراسات تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب.
- فروض البحث.

يتناول الفصل الحالي الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اهتمت باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى الأطفال والتي تنوعت تبعاً للأهداف التي أجريت من اجلها، فمنها دراسات تناولت تشخيص الاضطراب، وأخرى تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب سواء كانت هذه البرامج مقدمة للطفل أو للقائمين على رعايته. والتعليق على هذه الدراسات تبعاً لمحاورها وأوجه الاستفادة منها وكالآتي.

أولاً:دراسات تناولت تشخيص الاضطراب.

أ-الدراسات العربية.

1- دراسة الشخص(1985):التعرف إلى النشاط الزائد لدى الأطفال.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى الأطفال ذوي النشاط الزائد وذلك من خلال إعداد مقياس لتشخيص الاضطراب يجيب عنه المعلمون نيابة عن الأطفال في الصفوف الدراسية من مرحلة الحضانة وحتى الصف السادس الابتدائي، وقد روعي أن يكون المعلم على معرفة تامة بمن يقوم بتقديرهم من الأطفال وان يكون قد عمل معهم مدة لا تقل عن شهرين متتابعين.بلغت عينة الدراسة (900) طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين في مدارس التعليم العام في جمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيصها للاضطراب على مقياس تشخيص يتألف من (22) فقرة تحدد مظاهر المشكلة بطريقة إجرائية كما يلاحظها المعلمون في سلوك الأطفال وتتدرج هذه الفقرات تحت ثلاثة أبعاد رئيسية تمثل مشكلة النشاط الزائد هي: الحركة الزائدة، وسرعة تشتت الانتباه، والاندفاعية. وقد استخرج ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق وبلغ (0.89). أما الصدق فقد استخرج من خلال الصدق الظاهري، والصدق التمييزي، والصدق العاملي.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد بلغت (5.7%) من مجموع الأطفال وان شيوعها بين الذكور كانت أكثر مما لدى الإناث.

2- دراسة السمادونى(1990):الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى خصائص الانتباه لـدى الأطفـال ذوى فـرط النشاط التي تنعكس في مستوى الأداء على المهام التيقظية السمعية والبصرية.

تكونت عينة الدراسة من (84) تلميذاً من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي تتراوح أعمارهم بين (11ـ 12) سنة، وقد قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات تضم الأولى: التلاميذ ذوو فرط النشاط مع العجز في الانتبـاه وعـددهم (28) تلميذاً، وتضم الثانية: التلاميذ ذوو فرط النشاط وعددهم (28) تلميـذاً، وتـضم الثالثة: التلاميذ العاديين وعددهم (28) تلميذاً، من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي:

- انخفاض مستوى أداء كل من الأطفال ذوي فرط النشاط مع العجز في الانتباه وذوي فرط النشاط عن العـاديين علـى اختبـارات الانتبـاه الـسمعي والبصري.

- يتأثر أداء الأطفال بالفترات الزمنية المستغرقة في الأداء ويكون هـذا الأثر واضحًا لدى مجموعتي الأطفال ذوي فرط النشاط مع العجز فـي الانتبـاه والأطفال ذوي فرط النشاط.

- يتأثر أداء الأطفال ذوي فرط النشاط بالمشتتات الخارجية بمقارنته بأداء الأطفال العاديين.

3- دراسة السطحية(1991):دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال.

هدفت الدراسة إلى تشخيص الاضطراب لدى أطفال المدارس الابتدائيـة، والتعرف إلى الخصائص السلوكية والمعرفية التـي يتميـز بهـا الأطفـال ذوو الاضطراب في الانتباه من خلال بطارية اختبارات تشتمل على اختبارات لقيـاس المظاهر السلوكية، واختبارات لقياس المؤشرات الأدائية، واختبار إسقاطي لقياس

سمات الشخصية. كما وهدفت الدراسة إلى تدريب القائمين على تربية الأطفال وخاصة معلمي الصفوف على كيفية تطبيق الاختبارات الخاصة بتشخيصهم على أساس الخصائص التي يتميزون بها.

بلغت عينة الدراسة 135 طفلاً وطفلة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من أطفال المدارس الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم بين(8-12) سنة من طلبة المستوى الثاني إلى المستوى الخامس الابتدائي في إحدى عشرة مدرسة ابتدائية تتوزع على مدينة طنطا في جمهورية مصر العربية.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى تشخيص الأطفال المضطربين إلى أربعة فئات هي: الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه فقط، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع صعوبات التعلم، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط وصعوبات التعلم.

4-دراسة علي(1994):النشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية للأسرة والنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في النشاط الزائد.

تألفت عينة الدراسة من (440) طفلاً منهم (225) من الذكور و(215) إناث من أطفال المدارس الابتدائية التابعة لمدينة أسيوط بجمهورية مصر العربية، تراوحت أعمارهم بين 5.9-11.9 سنة.

استخدمت الدراسة عدداً من الأدوات هي :مقياس النشاط الزائد،واستمارة التعرف على المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة،واستمارة تأريخ الحالة ،واختبار تفهم الموضوع للأطفال.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية للأسرة والنشاط الزائد عند التلاميذ لصالح ذوي النشاط المنخفض، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في النشاط الزائد حيث كان لدى الذكور نشاطاً زائداً مقارنة بالإناث.

5-دراسة الفخراني(1995):التآزر البصري- الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في التآزر البصري- الحركي بين الأطفال العاديين والأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد، ومضطربي الانتباه لوحده.

تألفت عينة هذه الدراسة من (90) طفلاً وطفلة يتوزعون بين ثلاث مجموعات فرعية ضمت الأولى (30)طفل وطفلة من العاديين، وضمت الثانية (30) طفلاً وطفلة من مضطربي الانتباه مع فرط النشاط،وضمت الثالثة (30) طفلاً وطفلة من مضطربي الانتباه لوحده من المدارس الابتدائية التابعة لإدارة محافظة طنطا التعليمية بجمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب لدى الأطفال على ما أورده الدليل الإحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية الطبعة الثالثة، وتشخيص المدرسين وأولياء أمور الأطفال تعريب (السمادوني 1990)، وقائمة (كونرز المعربة) لتقدير سلوك الطفل. بالإضافة إلى تطبيق بعض الاختبارات لقياس التآزر البصري- الحركي كاختبار رسوم المكعبات، وترتيب الصور، وتجميع الأشياء.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأطفال العاديين والأطفال المضطربين لصالح الأطفال العاديين في التآزر البصري- الحركي.

6- دراسة المرسى(1998):بعض الخصائص النفسية والاجتماعيــة لــدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم.

هدفت الدراسة التعرف إلى التلاميذ مضطربي الانتباه ومفرطــي النــشاط والتعرف الخصائص النفسية والاجتماعية التي يتصف بها هؤلاء التلاميذ وتحديد نسبة انتشار الاضطراب بفئتيه لدى الجنسين والتعرف على الفروق بين التلاميذ (الذكور ، الإناث) الذين لديهم اضطراب الانتباه فرط النشاط والتلاميذ (الذكور ، الإناث) العاديين في الخصائص النفسية والاجتماعية.

اختيرت عينة الدراسة بعدُ تطبيق الأدوات الخاصة بمرحلــة التــشخيص، حيث بلغ عدد التلاميذ الذين تم تشخيصهم بالاضطراب (378) تلميذاً وتلميــذة، تراوحت أعمـــــار التلاميذ بين (8 ــ 11) سنة.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب الانتبــاه (10.64 %). كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث فــي نــسب انتــشار اضطراب الانتباه وفرط النشاط، حيث كانت نسبة الذكور المضطربين أكثر مــن نسبة الإناث المضطربات.

7-دراسة الأدغم وآخرون(1999):فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربي الانتبــاه ومفرطي النشاط في اللغة العربية.

هدفت الدراسة التعرف إلى التلاميذ مضطربي الانتباه ومفرطي النشاط في الصف الرابع الابتدائي بمدرستين ابتدائيتين من مدارس محافظة دمياط بجمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب على أسلوب الملاحظة من جانب المعلم، ومقياس وكسلر المعدل لذكاء الأطفال غير اللفظي، واختبارات الحساب وإعادة الأرقام، وتطبيق قائمة ملاحظة سلوك الطفل .

أظهرت نتائجها أن نسبة التلاميذ الذين تم تشخيصهم بالاضطراب بلغ (12%) من العدد الإجمالي للأطفال البالغ (365) تلميذاً وتلميذة.

8- دراسة عبد الله(2000):اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال.

هدفت الدراسة التعرف إلى حجم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال، والتعرف إلى المظاهر النفسية للاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية، والتعرف إلى الارتباط بين مكونات الاضطراب الرئيسية (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية) من جهة وتقديرات الوالدين وتقديرات المعلمين من جهة أخرى.

وقد طبقت الدراسة على عينة بلغت (190) طفلاً وطفلة يتوزعون بواقع (105) طفلاً و (85) طفلة تتراوح أعمارهم بين الرابعة والثامنة بمتوسط عمري قدره (5.10) سنة. واختيرت هذه العينة بالطريقة العشوائية البسيطة من الأطفال الذين كانوا موضع ملاحظة المربين والمعلمين في محافظة حلب بالجمهورية العربية السورية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب على الاستبيان الذي تم إعداده استناداً على الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للجمعية الأمريكية. وقد اشتمل الاستبيان على صورتين للأهل في المنزل والمعلم في المدرسة .وقد استخرج الثبات للاستبيان بطريقة ألفا كرونباخ وبلغ (0.80) وطريقة إعادة التطبيق وبلغ (0.81)، بينما استخرج الصدق من خلال الصدق الظاهري، وصدق الاتساق الداخلي .

أظهرت النتائج أن أعراض الاندفاعية قد احتلت المرتبة الأولى لدى الأطفال. وان الأعراض جميعها كانت أكثر انتشاراً لدى الذكور منها لدى الإناث ،وتبين أن هناك ارتباطاً ايجابياً مرتفعاً بين تقديرات الأهل وتقديرات المعلمين لأعراض الاضطراب لدى الأطفال.

9- دراسة احمد(2004):التنبؤ بالذكاء والتحصيل الأكاديمي من أعراض اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية التنبؤ بمستويات الذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

تألفت عينة الدراسة من (120) طفل وطفلة من تلاميذ المرحلة الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم بين(9-11) سنة.

استخدمت الدراسة مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والصورة الرابعة المعدلة لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء بالإضافة إلى الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في الاختبار النهائي للفصل الدراسي الثاني.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد ومستويات كل من الذكاء والتحصيل الدراسي لدى أفراد العينة، كما أوضحت النتائج أمكانية التنبؤ بمستويات الذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وأظهرت النتائج أن جميع أعراض هذا الاضطراب تسهم في هذا التنبؤ ولكن أعراض الاندفاعية كانت هي الأكثر إسهاماً تليها أعراض النشاط الزائد ثم أعراض ضعف الانتباه.

10- دراسة بدر(2005):اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالسلوك العدواني لدى أطفال ماقبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى طبيعة العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بالسلوك العدواني لدى أطفال ماقبل المدرسة.

تكونت عينة الدراسة من (62) طفلاً وطفلة من أطفال ماقبل المدرسة تراوحت أعمارهم مابين (4-5) سنوات، يتوزعون بواقع (28) طفلاً و(34) طفلة

استخدمت الدراسة مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي لدى الأطفال، وقائمة تقدير السلوك العدواني لدى أطفال ماقبل المدرسة.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الاضطراب والسلوك العدواني، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين تقدير المعلمات وتقدير الأمهات لأعراض الاضطراب لدى الأطفال لصالح تقدير المعلمات، وأظهرت النتائج إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الاضطراب والسلوك العدواني لصالح الأطفال الذكور.

11-دراسة الفلفلي(2005):مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال في مدارس أمانة العاصمة صنعاء (حجمها، مظاهرها، آثارها).

هدفت الدراسة التعرف إلى حجم مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال الصفوف الأولى من مرحلة التعليم الأساسي، والمظاهر السلوكية التي يتصف بها الأطفال ذوو النشاط الزائد تبعاً لجوانب نموهم المختلفة، والآثار السلبية للمظاهر السلوكية على جوانب نموهم من وجهة نظر معلميهم.

وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية بلغت (9626) طفلاً وطفلة من أطفال الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي في أمانة العاصمة صنعاء بالجمهورية اليمنية.

ولغرض تشخيص الأطفال ذوي النشاط الزائد تم إعداد استبيان تضمن (44) فقرة موزعة بين أربعة مجالات هي: النمو الجسمي، والاجتماعي، والانفعالي، والمعرفي. وقد تم توجيه الاستبيان إلى عينة من المعلمين والمعلمات بلغ عددهم (120) معلماً ومعلمة في الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي للإجابة عنه نيابة عن الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبلهم، وقد

استخرج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بأسلوب التجزئة النصفية وبلغ(0.89)، بينما استخرج صدقه عن طريق الصدق الظاهري.

أظهرت النتائج أن نسبة الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الزائد بلغت (6.32%) من إجمالي عينة الأطفال، وان نسبة الذكور الذين يعانون من الاضطراب بلغت (61.2%) مقارنة بالإناث التي بلغت نسبتهنَ (38.8%) من مجموع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب. وان نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال الصف الأول (41.3%) والثاني (30.4%) وهي تزيد عن نسبة انتشاره في الصفوف الثالث والرابع والتي كانت(16.8%)، و(11.5%) على التوالي. وأظهرت الدراسة أن الأطفال المضطربين تشيع بينهم مظاهر سلوكية أكثر من غيرها أهمها: عدم الاستقرار، والتنقل بكثرة بين المقاعد، وعدم الجلوس في مكان واحد، وتشتت الانتباه، ومقاطعة المعلم أثناء الشرح، وعدم الاعتراف بالخطأ، والعناد، ويصعب عليهم التعامل مع الرموز. وتترك هذه السلوكيات آثاراً سلبية على مظاهر النمو المختلفة فقد يكونوا أكثر تعرضاً للحوادث، وللإصابة بالأمراض، والفشل في أقامة علاقات اجتماعية، وعدم القدرة على ضبط انفعالاتهم، والتعرض للاكتئاب والإحباط، وضعف التحصيل الدراسي واكتساب المهارات المعرفية، وضعف مهارة انتقال اثر التعليم فضلاً عن تهربهم من المدرسة.

ب- الدراسات الأجنبية.

12- دراسة Erhardt & Hinshow (1994):العلاقات الاجتماعية بين الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط وأقرانهم من العاديين.

هدفت الدراسة التعرف إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الأطفال المضطربين وأقرانهم من العاديين.

تألفت عينة الدراسة من (49) طفلاً من الذكور تراوحت أعمارهم بين (6-12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت المجموعة الأولى (25) طفلاً يعانون من الاضطراب، وضمت الثانية (24) طفلاً من العاديين.

استخدمت الدراسة مقياس الاضطراب، والصورة الرابعة لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقاييس كل من التمرد، والعدوانية، والعزلة الاجتماعية، والمشاركة الاجتماعية.

وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين أعراض الاضطراب وكل من مستوى الذكاء والسلوك الاجتماعي، بينما كانت هذه العلاقة موجبة بين أعراض هذا الاضطراب وكل من التمرد، والعدوانية، والعزلة الاجتماعية. ويعني ذلك أن العدوانية، والتمرد، والنشاط الزائد يمكنها أن تتنبئ بطبيعة العلاقات الاجتماعية مع الأقران لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

13- دراسة Fee & etal (1994):اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بين الأطفال المتخلفين عقلياً.

هدفت الدراسة إلى فحص تأثير أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد على الأطفال المتخلفين عقلياً.

تكونت عينة الدراسة من (64) طفلاً من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 6-12 سنة قسمت إلى (20) طفلاً يعانون من تخلف عقلي بسيط و(20) طفلاً يعانون من تخلف عقلي بسيط مصحوباً باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد، و(24) طفلاً يعانون فقط من ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد.

طبق الباحثون الصورة المعدلة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال على عينة الدراسة، كما طبق عليهم مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يجيب عنه المعلمون والآباء.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أعراض الاضطراب كانت اشد لدى المجموعة التي تعاني من تخلف عقلي بسيط مصحوباً باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد مقارنة بالمجموعة التي تعاني فقط من هذا الاضطراب، وتوصلت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق في مستوى الذكاء بين المجموعة التي تعاني فقط من التخلف العقلي البسيط والمجموعة التي تعاني من الاضطراب فقط وفسر الباحثون النتائج على أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب فقط رغم أنهم ليسوا متخلفين عقلياً إلا أن أعراض هذا الاضطراب قد أثرت تأثيراً سلبياً على مقياس وكسلر للذكاء مما يجعلهم يحصلون على درجات متدنية عليه تختلف عن المستوى الحقيقي لذكائهم.

14-دراسة Bergeron (1997):الذاكرة المعرفية والتطبيق على الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط(دراسة تطورية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على الصعوبات الأكاديمية الناجمة عن الذاكرة المعرفية التي تواجه الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في المواقف الأكاديمية وتأثيرها على العمليات المعرفية التي تحدد عملية التعلم، وتحديد أساليب العلاج الفعالة لتحقيق احتياجاتهم التعليمية.

طبقت الدراسة على (72) طفلاً في الأعمار(6-9) سنوات يتوزعون بواقع (32)طفلاً مضطرباً بتشتت الانتباه وفرط النشاط و(40) طفلاً من العاديين.

استخدمت الدراسة المقابلة لتقدير معرفة الأطفال عن ذاكرتهم، واختبار كاليفورنيا لتقدير التعلم اللفظي للأطفال.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق عمرية في الذاكرة المعرفية بين الأطفال المضطربين والأطفال العاديين، حيث اظهر الأطفال المضطربون في عمر(6-9) سنوات تأخراً في تطور الذاكرة المعرفية.

15- دراسة Shelton & etal (1998):الاضطرابات النفسية كوظيفة لصعوبات التكيف في أطفال عمر ما قبل المدرسة الذين يعانون من العدوانية وفرط النشاط والاندفاعية وتشتت الانتباه.

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين الأطفال المضطربين وأقرانهم العاديين في عمر ماقبل المدرسة في كل من الذكاء والكفاءة الدراسية والسلوك العدواني والمهارات الاجتماعية.

تألفت عينة الدراسة من (38) طفلاً مضطرباً و(47) طفلاً من أقرانهم العاديين. واستخدمت الدراسة مقياس الكفاءة الدراسية والمهارات الاجتماعية، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب واقرنهم العاديين في متغيرات الدراسة، حيث ارتفع مستوى العدوانية للأطفال المضطربين بينما انخفض لديهم معامل الذكاء، والكفاءة الدراسية،والمهارة الاجتماعية مقارنة بالعاديين.

16- دراسة Dewolfe (1999):الكشف المبكر لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي:نظام قياس متعدد الأبعاد لدى أطفال ماقبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى اختبار صدق نظام التقدير متعدد الأبعاد لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من(50) طفلاً في مرحلة ماقبل المدرسة تم تقسيمهم إلى (25) طفلاً من المضطربين في المجموعة التجريبية و(25) طفلاً من الأسوياء في المجموعة الضابطة تم مكافئتهم بالعمر والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وتمت ملاحظة الأطفال واختبارهم فردياً، كما

طبق على الوالدين استبيانات تقدير الوالدين لمستوى الأطفال ماقبل المدرسة في النشاط الزائد والاندفاعية وقصور الانتباه والوظائف النفس اجتماعية.

استخدمت الدراسة استبيان مواقف المنزل وقائمة سلوك الطفل التي أعدها (كونرز) وتم تطبيقهما على الوالدين. وأظهرت النتائج إن الأطفال المضطربين اظهروا معدلات أعلى في قصور الانتباه، وأخطاء اختبار الأداء البصري المستمر،كما استغرقوا وقتاً أطول في أداء الواجب المدرسي بينما استغرقوا وقتاً اقصر في اللعب بالألعاب، وكانوا أكثر اندفاعاً، وأكثر تحدثاً أثناء المهام مع اندماج اقل في المختبر أثناء أدائهم على لعب البناء والمهام البصرية، وأكثر ميلاً للسلوكيات غير المتعلقة بالمهام أو أداء الواجب وأعلى في معدل النشاط الزائد، وأكثر ميلاً لترك أماكنهم أثناء المهام السمعية، وأكثر حركة حول حجرة اللعب. وكانوا أكثر قصوراً في الوظائف(النفس- اجتماعية)، وسجلوا تكراراً أعلى لأوامر المجرب أثناء المهام السمعية، ودلت معدلات استبيان الوالدين على مشكلات انتباه عديدة وسلوكيات اخطر وأكثر ضرراً ومعارضة ومهارات اجتماعية اقل.

وقد أثبتت الدراسة صدق نظام التقدير متعدد الأبعاد في قياس تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي في مرحلة ماقبل المدرسة وأوضحت أهمية تقدير أطفال ما قبل المدرسة باستخدام قياسات ملائمة للنمو عبر أبعاد متعددة، واستخدام طرق عديدة لجمع البيانات.

17-دراسة Dincau (2000):مصاحبة اضطراب اللغة لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى وظائف اللغة لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط والأطفال المضطربين لغوياً.

تألفت عينة الدراسة من (59) طفلاً تم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات: أطفال مضطربون لغوياً، وأطفال مضطربون بتشتت الانتباه وفرط النشاط، وأطفال مضطربون لغوياً وبتشتت الانتباه وفرط النشاط معاً. وتمت مكافئة المجموعات من حيث الحالة الاقتصادية، الاجتماعية، والعرقية، ومعامل الذكاء غير اللفظي.

وأشارت النتائج إلى وجود تداخل دال بين مجموعات الأطفال المضطربين لغوياً والأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط، وكانت معدلات القدرة على القراءة اضعف عند مجموعتي اضطراب اللغة والمزدوجة، ووجدت واحد في كل خمسة تلاميذ من ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط لديهم اضطراب في اللغة.

18-دراسة زينتل ودوير(2000):تأثير اللون على فعالية واندفاعية الأطفال مفرطي النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين الأطفال الاندفاعيين ومفرطي النشاط والعاديين في الانتباه الانتقائي للألوان.

تألفت عينة الدراسة من (43) طفلاً وطفلة يعانون من اضطراب الاندفاعية وفرط النشاط و(43) طفلاً وطفلة من العاديين.

استخدمت الدراسة مقياس ستروب (القائمة الثانية) التي تشمل أسماء الألوان المكتوبة بحبر اسود والقائمة الثالثة التي تشمل أسماء الألوان المكتوبة بلون حبر مغاير لاسم اللون.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الاندفاعيين ومفرطي النشاط والعاديين في الانتباه الانتقائي للألوان لصالح العاديين. حيث اظهر الأطفال المضطربون أخطاءاً كثيرة في أسماء الألوان، واحتاجوا إلى فترة أطول إلى الانتباه للألوان. (عبد الواحد،2005)

19- دراسة Dewolfe & etal (2000):اضطراب تشتت الانتباه وفــرط النشاط لأطفال ماقبل المدرسة:المسببات النفسية كما يقدمها الآباء.

هدفت الدراسة إلى تحديد تقديرات الآباء لمسببات الاضطراب عند الأطفال والتقديرات الذاتية للأطفال المضطربين أنفـسهم فـي إطـار ثلاثـة مجـالات هي:الاضطراب السلوكي، والكفاية الاجتماعية، والبيئة الأسرية. بالمقارنــة مــع الأطفال العاديين.

تألفت عينة الدراسة من مجموعتين ضمت الأولى (25) طفــلاً مــضطرباً منهم (21) طفلاً من الذكور و(4) من الإناث بمتوسط عمري قدره (4.8) ســنة، وضمت المجموعة الثانية (25) طفلاً عادياً أيضاً منهم (21) من الذكور و(4) من الإناث بمتوسط عمري (4.9)سنة.

أظهرت نتائج المقارنة في ضوء استجابات الآباء إن الأطفال المــضطربين كانوا أكثر عدوانية، واقل كفاءة اجتماعية، واقل تكيف للتغيرات التي تطرأ علــى الروتين اليومي، وعدم الطواعية. كما قدروا لأنفسهم درجة كفاءة اقل مــن آبــاء الأطفال العاديين ومحدودية دورهم الأبوي. وعلى النقيض من تقــديرات الآبــاء أظهرت تقديرات الأطفال المضطربين أنفسهم على أنهم أكثر كفــاءة ومقبــولين اجتماعياً من أقرانهم.

20- دراسة Steger & etal (2001):مستوى نقص الانتبــاه والحركــة العصبية لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى نقص الانتباه والحركة العــصبية عنــد الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط.

أجريت الدراسة على (42) طفلاً من المضطربين والعاديين يتوزعون بواقع (22) طفلاً مضطرباً للمجموعة التجريبية منهم (19) من الذكور و(3) من الإناث بمتوسط عمري (8) سنوات، و(20) طفلاً من العاديين للمجموعة الضابطة منهم

(17) من الذكور و(3) من الإناث بمتوسط عمري (8.2) سنة.أظهـرت نتـائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب في المجموعة التجريبيـة مـن الذكور والإناث لديهم قصور واضح في الانتباه والإنتاج العصبي الحركي مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة من العاديين.(2001,)

21- دراسة Greenson (2001):دراسة طولية لأعراض اضـطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط في أطفال عمر ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى أعراض اضطراب فرط الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال في عمر ماقبل المدرسة وأطفال المدرسة .

شملت عينة الدراسة مجموعتين تضم المجموعـة الأولـى (290) طفـلاً تتراوح أعمارهم بين (4-5) سنوات وتضم المجموعة الثانية عدداً ممـاثلاً مـن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-10) سنوات.

استخدمت الدراسة مقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والمؤلف من صورتين للبيئتين المنزلية والمدرسية.

وأظهرت النتائج أن أعراض الاضطراب لا تختلف في طبيعتها بين الأطفال في عمر ماقبل المدرسة والأطفال فـي عمـر المدرسـة، وأن أعـراض هـذا الاضطراب كانت لدى الذكور اشد مما هي عليه لدى الإناث، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين تقدير المعلمات وتقدير الأمهات للاضطراب ولصالح تقدير المعلمات بمعنى أن هذا الاضطراب كان أكثر ظهوراً ووضوحاً في بيئة الحضانة والرياض عن البيئة المنزلية.

22- دراسة Carney (2002):التحقق من إجراءات المعلمين الخاصـة بأعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ومعدل تقيـيمهم لـسلوك الأطفال المشخصين بالاضطراب والأسوياء بعمر(5-6) سنوات.

هدفت الدراسة التحقق من إجراءات المعلمين الخاصة بتشخيص أعـراض الاضطراب ومعدلات تقييمهم لسلوك الأطفال المضطربين والأسوياء.

شملت عينة الدراسة (30) معلماً في رياض الأطفال و(30) طفلاً من الذين تم تشخيصهم بالاضطراب و(30) طفلاً من الأسوياء، وطلب من المعلمين تحديد السلوكيات العادية والمقبولة المرتبطة بأعراض الاضطراب.

استخدمت الدراسة مقياس السلوك العادي للأطفال فـي مرحلـة مـا قبـل المدرسة، ومقياس معدل تقييم السلوك المضطرب.

وأشارت النتائج إلى عدم وجـود ارتبـاط دال فـي إجـراءات المعلمـين للسلوكيات العادية والمقبولة بين مجموعة الأطفال المضطربين والأسوياء، بينمـا ارتبط التقييم الدراسي بإجراءات المعلم للسلوك، وتبين أن معلمي الفصول لـديهم فكرة عن تشخيص الاضطراب.

23-دراسة Marks (2003):المظاهر (النفس- عصبية) والمرضية لتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي عند أطفال ماقبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين الجنسين في أعـراض اضـطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي ومدى الاتفاق بين المعلمات والوالـدين فـي تحديد الأعراض المتعددة المشخصة لتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي والعلاقة بين هذه الأعراض والحالة (النفسية- العصبية) والارتباطات المتشابهة لأعراض هذا الاضطراب.

تكونت عينة الدراسة من أمهات ومعلمات (212) طفـلاً فـي مرحلـة ماقبـل المدرسة بنيويورك توزعت على مجموعتين. مجموعة تجريبية شملت أمهات ومعلمات الأطفال المضطربين ومجموعة ضابطة شملت أمهات ومعلمات الأطفال الأسوياء.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعراض تشتت الانتباه وفرط النشاط كانـت أكثر انتشاراً لدى الذكور، كما أثبتت وجود ارتباط بين أعراض هذا الاضطراب

التي حددها الوالدان والمعلمات، كما وجدت فـروق ذات دلالـة بـين الأطفـال المضطربين والأسوياء في معدل النشاط الزائد لدى الأطفال المضطربين، وفروق دالة في عمل الذاكرة والتحكم في الحركة لدى المجموعة الضابطة. واسـتنتجت الدراسة أن الفروق في الحالة (النفسية-العصبية) بـين الأطفـال المـضطربين والأطفال العاديين تظهر في مرحلة ماقبل المدرسة، كما تظهر السلوكيات المبكرة التي تعد مؤشراً لحدوث الاضطراب.

24- دراسة Ghanizadeh & etal (2006):المعرفة والاتجاهـات نحو اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بين معلمـي المـدارس الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى معرفة المدرسين واتجاهاتهم نحو الاضطراب. وقد طبقت الدراسة على معلمي المدارس الابتدائية بمدينة شيراز الإيرانية والبالغ عددهم (196) معلماً.

استخدمت الدراسة مقياساً لمعرفة المعلومـات التـي يمتلكهـا المعلمـون واتجاهاتهم نحو الاضطراب.

وتوصلت نتائجها إلى أن المعرفة لدى المعلمين نحو الاضـطراب كانـت منخفضة نسبياً حيث أتفق (46.9%) من المعلمين على إن الاضطراب يعود إلـى أسباب وراثية وبيولوجية، وأن (53.1%) منهم اعتبر الاضطراب نتيجة التـدليل الأبوي. أما الاتجاه نحو الأطفال المضطربين فكان منخفضاً حيث أكد (64.8%) من المعلمين على أن استخدام أساليب العقاب التي تطبق على العاديين يجـب أن تطبق على الأطفال المضطربين، و(77.6%) منهم يعتقد أن الأطفال المضطربين يعانون من صعوبات في علاقاتهم مع اقرأنهم. وهناك ارتباط دال إحصائياً بـين معرفة المدرسين بالاضطراب واتجاهاتهم. وتبين أن معرفتهم بالاضطراب كانت منخفضة بدرجة كبيرة وان مصادرهم الرئيسية لمعرفة الاضطراب هي التلفزيون،

والراديو، والأصدقاء، والأقارب، والصحف والمجلات. لذا اقترحت الدراسة تقديم برامج خاصة عن الاضطراب للمعلمين والعاملين في الميدان التربوي وعـرض مثل هذه البرامج في التلفزيون والراديو.

25- دراسة Thorell & Wahlsteddt (2006):التوظيف التنفيذي وعلاقته بأعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط واضطراب التحدي أو المعارضة لدى أطفال ماقبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين التوظيـف التنفيـذي Executive Functioning ويقصد به العلاقة الوظيفية بين المفهوم وإدراكه لـدى الأطفـال المضطربين بتـشتت الانتبـاه واضـطراب التحـدي أو المعارضـة (ODD) Oppositional Defiant Disorder .

وشملت عينة الدراسة (201) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (4-6) سنوات، وقد استخدمت الدراسة إجراءات تجريبية لقياس الكف والذاكرة العاملة والطلاقـة اللفظية عند الأطفال، وتقديرات المدرسين للسلوك المضطرب.

أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه واضـطراب المعارضة كان توظيفهم التنفيذي ضعيفاً ويرجع ذلك إلى تداخل أعراض تـشتت الانتباه مع أعراض التحدي أو المعارضة.

تعقيب على الدراسات التي تناولت تشخيص الاضطراب.

يتضح من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التـي تناولـت تـشخيص الاضطراب أنها اعتمدت في تشخيـصها للاضـطراب علـى أداة واحـدة فـي التشخيص. فمنها ما اعتمدت على مقياس الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية كدراسة (الفخراني،1995). ومنها ما اعتمدت على قائمة تقدير سلوك الطفل لكونرز كدراسة (الأدغم وآخرون،1999)، ودراسة (Dewolfe,1999) . .ومنها ما أعدت مقياس تشخيصي خاص بالدراسة

نفسها كدراسات (السطحية،1991) ، و (علي،1994)، و (عبد الله،2000)، و (أحمد،2004)، و (بدر،2005)، و (الفلفلي،2005). أما البحث الحالي فيعتمد في تشخيصه للاضطراب على أداة تشخيصية أعدت لهذا الغرض تتناسب مع طبيعة الأطفال في عمر الروضة في البيئة اليمنية وبصورتين أحداهما للمربيات في الروضة، والأخرى للأمهات في المنزل بعد الإطلاع على غالبية المقاييس التي أعدتها الدراسات السابقة، كما يعتمد تطبيق مقياس الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية ومقياس كونرز لأغراض صدق محك المقياس.

اعتمدت بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية في تشخيص الاضطراب على تقديرات وملاحظات المعلمين لوحدهم في المدرسة كدراسات (السطحية،1991)، و (Carney,2002)، و (الأدغم وآخرون،1999)، و (Dewolfe,1999)، و (الفلفلي،2005)، ودراسات أخرى اعتمدت على تقديرات وملاحظات المعلمين والآباء معاً لتشخيص سلوك الطفل المضطرب كدراسات (علي،1994)، و (الفخراني،1995)، و(Fee&etal,1994)، و(Greenson,2001)، و(بدر،2005). والبحث الحالي يتفق مع الدراسات التي ركزت على أهمية تقديرات المربية والأم معاً في تشخيص الأطفال المضطربين ومدى الاتساق في الاستجابة بينهن على مقياس التشخيص المعذ لهذا الغرض بصورتيه المدرسية والمنزلية مع الأخذ بنظر الاعتبار المعايير التي أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل الصادر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية. فالمربية أكثر قدرة في تشخيص الأطفال المضطربين لكونها تتفاعل مع عدد من الأطفال في نفس الفصل الدراسي، وتستطيع أن تقارن سلوك الطفل المضطرب مع سلوك أقرانه من الأطفال العاديين. وكذلك الأم التي لا يمكن أن نغفل دورها في تشخيص اضطراب الطفل نتيجة لتفاعلها اليومي معه ومعاناتها المستمرة من تصرفاته التي تسبب لها الكثير من المشكلات.

يظهر من الدراسات السابقة العربية أن أعداد الأطفال المضطربين تراوحت بين (28-440) طفلاً وطفلة كدراسات (السطحية،1991)، و (علي،1994)، و(الفخراني،1995)، و(المرسي،1998)، و(عبد الله،2000)، و (بدر،2005). في حين تراوحت أعداد الأطفال المضطربين في الدراسات الأجنبية بين (25-290) طفلاً وطفلة كدراسات(Erhardt&Hinshow,1994) و(Bergeron,1997)، و(Dewolfe,1999)، و(Steger&etal,2001)، و(Carney,2002)، و (Thorell&Wahlsteddt,2006) وهذه الأعداد تقدم للباحثة مؤشراً إلى أن عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في البحث الحالي والبالغ عددهم (128) طفلاً وطفلة يقع ضمن أعداد الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم في الدراسات السابقة العربية والأجنبية.

إن نسبة كبيرة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية كانت عينات الأطفال المضطربين فيها في مرحلة التعليم الأساسي والذين تراوحت أعمارهم من (6-12) سنة، باستثناء دراسات (الشخص،1985)، و (عبد الله،2000)، و (بدر،2005)، و(Dewolfe,1999) و (Greenson,2001)، و(Marks,2003)، و(Thorell&Wahlsteddt,2006) اشتملت عيناتها على الأطفال المضطربين في مرحلة ماقبل المدرسة ومرحلة التعليم الأساسي. وهذا يعني أن الدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال المضطربين في مرحلة عمر الروضة كانت قليلة مقارنة بالدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال في التعليم الأساسي وعلى وجه الخصوص في البيئة اليمنية حيث لم تجر إلا دراسة واحدة (الفلفلي،2005)على الأطفال في مرحلة التعليم الأساسي (على حد علم الباحثة) وهذا ما يشجع على إجراء البحث الحالي في مرحلة الروضة في عمر(4-6) سنوات وبمتوسط عمري قدره (5.17) سنة وسد النقص الحاصل من الدراسات في هذا المجال.

أظهرت نتائج الدراسات تبايناً في نسبة انتشار الاضطراب لدى الأطفال بنسب تتراوح بين 5.7%-12%. واتفقت على ظهور أعراضه لدى الذكور

بنسبة أعلى وبدرجة اشد منه لدى الإناث. وهذه النتائج تشير إلى وجـود نـسبة كبيرة من الأطفال المضطربين مما يسترعي الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بهـذا الاضطراب وإجراء دراسات عدة للوقوف على أسبابه وأعراضه وتحديد نـسب انتشاره وآثاره على النمو السوي للطفل في مختلف جوانبـه، ووضـع البـرامج والأساليب العلاجية لخفض حدته والتخفيف من آثاره.

أشارت بعض الدراسات إلى ارتباط مظاهر الاضـطراب عنـد الأطفـال بانخفاض مستوى التحصيل الدراسي كدراسة (احمد،2004)، والعدوانية والتمرد كدراسة (Shelton&etal,1998)، ودراسة (بدر،2005)، والعزلة الاجتماعيـة كدراسـة(Erhardt&Hinshow,1994)، وقـصور فـي الوظـائف النفـسية والاجتماعية كدراسة(Dewolfe,1999)، واضـطرابات فـي اللغـة كدراسـة (Dincau,2000)، والانتباه الانتقائي للمثيرات كدراسة (زينتل ودوير،2000)، وضعف التآزر البصري والحركي كدراسة (الفخراني،1995). وقد أفادت هـذه النتائج الباحثة في إضافة مجال الأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب والـذي لم يتم التطرق إليه في الدراسات السابقة عند تشخيص الاضطراب والتي أكتفـت بالاعتماد على الأعراض الأولية للاضطراب في التشخيص، وهذا ما يدعو إلـى الاعتماد في تشخيص الإضطراب على تضمين المقيـاس الأعـراض الرئيـسية والأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

ثانياً:دراسات تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب.

أ-الدراسات العربية.

26-دراسة الطالب(1987):برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائـد لدى أطفال المدرسة الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم فـي خفض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية. وتـصميم مقياسـين

للنشاط الزائد لدى الأطفال احدهما يقيس النشاط الزائد في المدرسة عن طريق تقديرات المعلمين والثاني يقيس النشاط الزائد عن طريق الوالدين خارج المدرسة.

شملت عينة الدراسة (54) تلميذاً من الذكور المصابين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في الصفين الرابع والخامس الابتدائي والذين تتراوح أعمارهم بين (9-11) سنة في جمهورية مصر العربية.

استخدمت الدراسة مقياس تقدير المعلمين للنشاط الزائد لدى الأطفال، ومقياس تقدير الآباء من إعداد الباحث، واختبار الذكاء المصور إعداد احمد زكي صالح، والبرنامج الإرشادي.

اشتمل البرنامج على مجموعة من الفنيات هي: التعلم بالنموذج، ولعب الدور، والتعزيز، والتلقين، والإقناع.

أظهرت نتائج هذه الدراسة فعالية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال العينة التجريبية ولم يحدث أي انخفاض في مستوى النشاط الزائد لدى المجموعة الضابطة.

27-دراسة الموافي(1995):دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية كل من أسلوبي التعاقد التبادلي Canting Agency Contracting والتدريس الملطف Gentle Teaching في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة. والتعرف على الفروق بين أسلوبي: التعاقد التبادلي والتدريس الملطف في خفض النشاط الزائد، للوقوف على أي الأسلوبين أكثر فاعلية.

تكونت عينة الدراسة من (66) طفلاً في دور الحضانة بمدينة المنصورة بجمهورية مصر العربية من ذوى النشاط الزائد والذين تم اختيارهم وفقاً لمعايير

محددة. وقد توزعت العينة بين ثلاث مجموعات: مجموعتان تجريبيتان، ومجموعة ضابطة واستخدمت قائمة تقدير المعلمة للنشاط الزائد لدى الطفل.

أوضحت النتائج فاعلية كل من أسلوب التعاقد التبادلي، وأسلوب التدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، وأظهرت زيادة فاعلية أسلوب التدريس الملطف مقارنة بأسلوب التعاقد التبادلي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.

28- دراسة السطحية(1997):العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة(النمذجة)في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه.

هدفت الدراسة إلى تعديل بعض الخصائص السلوكية والمعرفية للأطفال مضطربي الانتباه باستخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي، والتعلم بالملاحظة. وتوفير وسائل علاجية لمساعدة الأطفال المضطربين على التكيف في المنزل والمدرسة. وتوفير وسائل علاجية من السهل تدريب المختصين عليها واستخدامها بسهولة ويسر.

اشتملت العينة الأساسية على (20) طفلاً وطفلة في ثلاث مدارس للتعليم الأساسي بمدينة طنطا. وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين عدد أفرادها (10) أطفال، ومجموعة ضابطة واحدة عدد أفرادها (10) أطفال، وعينة استطلاعية عدد أفرادها (15) طفل.

استخدمت الدراسة بعض الاختبارات كقائمة الملاحظة الإكلينيكية من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-III)، وقائمة تقدير سلوك الطفل لكونرز، وبعض الاختبارات الأدائية كاختبار وكسلر للذكاء، واختبار تفهم الموضوع للأطفال، واختبار مضاهاة الأشكال، واختبار الانتباه السمعي والبصري.

طبقت الدراسة برنامجاً يستند على فنيات العلاج السلوكي المعرفي، وفنيات التعلم بالملاحظة.أظهرت نتائجها فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل السلوك الاندفاعي، والانتباه البصري، والانتباه السمعي، والقدرة على الاستدعاء، والقدرة على التذكر لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

29- دراسة دبيس والسمادوني(1998):فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

شملت عينة الدراسة (10) أطفال من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ممن يعانون من الاضطراب في معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، تراوحت أعمارهم بين (11-15) سنة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين أحداهما ضابطة ضمت (5) أطفال لم يستخدم معها أي إجراء علاجي، ومجموعة تجريبية ضمت (5) أطفال أيضاً طبق عليهم البرنامج. وتم التحقق من تجانس المجموعتين من حيث العمر والذكاء والاضطراب.

اعتمدت الدراسة على تطبيق قائمة (كونرز المعربة) لتقدير سلوك الطفل التي يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل غرفة الدراسة وخارجها، وقائمة تقدير سلوك الطفل(DSM-IV).

استخدمت الدراسة أسلوب الضبط الذاتي كأسلوب سلوكي- معرفي لعلاج الاضطراب وتالف البرنامج من (18) جلسة تدريبية بواقع (3) جلسات اسبوعياً، وتضمن عدداً من الأنشطة المتنوعة التي تتناسب مع أفراد العينة.

أظهرت النتائج فعالية أسلوب الضبط الذاتي في خفض النشاط الحركي الزائد وزيادة تركيز الانتباه والاحتفاظ به لفترة أطول.

30- دراسة شقير(1999):فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي متعدد المحاور(مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية البرنامج في تعديل سلوك الأطفال مفرطي النشاط تتمثل في: اضطراب الانتباه وفرط النشاط ، العدوانية ،الاندفاعية ومن أهم الفنيات المستخدمة في البرنامج هي :

1 ـ النمذجة Modeling ويتمثل في:

أ – عمليات الانتباه. Attention Processes

ب– عمليات الاحتفاظ. Retention Processes

ج – عمليات الأداء الحركي. Motor reproduction Processes

د – عمليات الدافعية. Motivational Processes

2 ـ المناقشة وتبادل الحوار. Dissects

3 - التمثيل (لعب الأدوار). Role Play

4 - الاسترخاء العضلي. Muscular Relaxation

5 - التعزيز (التدعيم). Reinforcement

و ينقسم إلى ثلاثة أنواع هي: المادي، والاجتماعي، والنشاطي.

6 - الواجبات المنزلية. Home Work

استغرق تنفيذ البرنامج (12) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا، وتكونت العينة من اثني عشر تلميذاً بالصف الرابع الابتدائي الذين شخصوا بأنهم ذوو فرط نشاط، وقسموا إلى مجموعتين: (6) أطفال مجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج العلاجي و (6) أطفال مجموعة ضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية وقد عزي الفرق إلى فاعلية البرنامج العلاجي الذي تلقته المجموعة التجريبية مما ترتب عليه انخفاض معدل المتغيرات السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية: اضطراب الانتباه فرط النشاط، العدوانية، الاندفاعية.

31- دراسة بخش(2001):فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

تهدف الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج للإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، وتدريب الأمهات على التعامل السليم مع أطفالهنّ.

تألفت عينة الدراسة من (42) طفلة من المتخلفات عقلياً الملتحقات بمركز الأمل للإنماء الفكري بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، وتتراوح أعمارهم بين (9-14) سنة. وتم تقسيمهنّ إلى مجموعتين التجريبية والضابطة وبلغ عدد الأفراد في كل مجموعة (21) طفلة، وتم مجانسة المجموعتين في العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والاضطراب.

استخدمت الدراسة اختبار ستانفورد- بينيه للذكاء الصورة الرابعة المعربة ومقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال إعداد السيد علي السيد احمد والمعد في ضوء(DSM-IV).

وتضمن البرنامج (30) جلسة إرشادية مقسمة إلى ثلاث مراحل. تضمنت المرحلة الأولى (5) جلسات لتبصير الأمهات ببعض المفاهيم مثل الإرشاد الأسري وأهميته واهم السلوكيات المرغوبة للطفل، وتضمنت المرحلة الثانية (20) جلسة استخدمت خلالها عدد من فنيات الإرشاد الأسري هي: التواصل، وإعادة الصياغة، ولعب الأدوار، والنمذجة، والتجسيد الأسري، والتدريب ألتوكيدي، إلى جانب التعزيز والتغذية المرتدة. وتألفت المرحلة الثالثة من (5) جلسات تم خلالها إعادة تدريب الأمهات على الفنيات المستخدمة في المرحلة السابقة.

أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

32- دراسة البصير(2004):التدخل السيكولوجي لعلاج بعض حالات نقص الانتباه لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية(دراسة تجريبية).

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية التدخل النفسي من خلال برنامج تـدريبي يضم مجموعة من التدريبات النفسية التي تقوم على مفاهيم الضبط الذاتي بهـدف تحسين مستوى الانتباه لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه.

تألفت عينة الدراسة من مجموعة من طلاب المدارس الابتدائية المـصابين بالاضطراب والمترددين على عيادة علاجية خاصة للعلاج. وقد تحـددت بـستة أطفال بواقع خمسة أطفال من الذكور وطفلة واحدة يتوزعون علـى مـستويات دراسية مختلفة (2) من الصف الأول و(1) من الصف الثاني و(2) من الـصف الثالث و(1) من الصف الخامس الابتدائي.

واستخدمت الباحثة قائمة أعراض نقص الانتباه وفرط النـشاط الحركـي، والبرنامج النفسي لتحسين بعض حالات نقص الانتباه، واختبار بينيـه الـصورة الرابعة لقياس معامل الذكاء.

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج المستخدم في إمكانيـة تحـسين مستوى الانتباه لدى عينة الدراسة. وظهر ذلك من خلال تحسن مستوى الانتبـاه وانخفاض مستوى الاندفاعية وفرط النشاط الحركي بالإضافة إلى تحسن المستوى الدراسي لأطفال عينة الدراسة بشكل عام والذي ظهر من خلال ارتفـاع نـسب التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الأطفال بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي.

33-دراسة الخشرمي(2005):فعالية طريقـة العـد فـي تخفـيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية تدريب اسـر الأطفـال الـذين يعانون اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في علاج المشكلات السلوكية التي

يعاني منها أطفالهم المضطربون. ولتحقيق هدف الدراسة استخدمت طريقة عد الخطأ للتربية الفعالة الذي طوره فيلان Phelan في الولايات المتحدة الأمريكية والذي يعمل على تدريب الأهل على التربية الفعالة لأبنائهم للتعامل مع السلوكيات السلبية للأبناء من خلال استخدام أسلوب العد لأخطاء الأبناء(1-2-3) إلى أن يصل الطفل إلى الخطأ الثالث فتكون النتيجة عزل الطفل أو إقصائه عن الشيء الذي يرغب به.

تألفت عينة الدراسة من (24) طفلاً من أطفال الأسر الذين يعاني أبناؤهم من الاضطراب تراوحت أعمارهم بين (2-12) سنة.

اشتملت أدوات الدراسة عرض مطوية توضح خطوات الطريقة في ورشة تدريبية حول طريقة العد تشمل شرحاً عملياً وعرض البرنامج بالفيديو والكمبيوتر وتشترط هذه الطريقة عدم مناقشة الطفل بما حدث من أخطاء قبل وبعد الانتهاء من معاقبته إلا في حالة الأخطاء التي تحدث لأول مرة فان التوضيح للطفل يكون مختصراً وبسيطاً.

أظهرت النتائج فعالية هذه الطريقة من خلال التزام الأسر بخطوات وقوانين الطريقة، وتجنب الوالدين التعامل بالأساليب السلبية كالصراخ، والمجادلة، والعقاب والالتزام بالهدوء، كما أظهرت النتائج تحسن صورة الطفل عن ذاته، وعلاقته بوالديه وبمن حوله، وتحسن في أدائه المدرسي.

34- دراسة بدوي(2005):برنامج إرشادي لتنمية السلوك التوافقي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة.

هدفت الدراسة إلى تنمية السلوك التوافقي لدى أطفال الروضة من ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه. ويتحقق هذا الهدف من خلال مساعدة الطفل على التخلص من السلوكيات المرتبطة بالنشاط الزائد مثل (حركات اليدين والقدمين الدائمة وعدم الاستقرار في مكان واحد والانتقال من عمل لآخر قبل الانتهاء من

العمل الأول والقيام بأنشطة خطيرة دون تقدير النتائج). وزيادة قدرة الطفل على التركيز والانتباه والضبط الذاتي وإدارة السلوك وتنمية قدرته على إنهاء الأعمال المكلف بها. وتنمية مفهوم ذات ايجابي لديه وتنمية قدرته على التفاعل الايجابي مع الأقران من خلال تنمية عدد من المهارات الاجتماعية مثل (احترام الدور وعدم إزعاج الآخرين والتدخل في شئونهم والإصغاء لما يقوله الآخرون وإتباع التعليمات).

شملت عينة الدراسة (32) طفلاً من أطفال الروضة من الجنسين تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها (16) طفلاً من الأطفال المضطربين، ومجموعة ضابطة وعددها (16) طفلاً من الأطفال الأسوياء.

وقد تم تطبيق البرنامج بطريقة جماعية ولمدة ستة أسابيع متتالية بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً ولمدة ساعة واحدة لكل جلسة .

تضمن البرنامج عدداً من الفنيات الإرشادية تضمنت التعزيز الايجابي والنمذجة والتدريب على المهارات الاجتماعية وتقدير الذات.

وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج الإرشادي في تنمية السلوك التوافقي لدى الأطفال المضطربين.

35- دراسة قزاقزة(2007):اثر التدريب على المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى انتباه الأطفال.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي لدى الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه، وينتمون إلى فئات متفاوتة في العمر والجنس.

تألفت عينة الدراسة من (78) طفلاً يتوزعون بواقع (39) من الذكور و(39) من الإناث في ثلاث فئات عمرية هي: 8، 9، 10 سنوات، وقد تم اختيارهم من بين الأطفال الذين كانوا موضع ملاحظة المعلمين. وتم تقسيمهم إلى

مجموعتين (التجريبية، والضابطة)بحسب متغيري الجنس والفئة العمرية في مدارس اربد في المملكة الأردنية .

استخدمت الدراسة مقياس ملاحظة السلوك الانتباهي مستعيناً بقائمة كونرز للانتباه، ومقياس السلوك التكيفي، ونموذج التسجيل الذاتي.

تضمنت جلسات البرنامج التدريبي (16) جلسة تتوزع على (8) جلسات في الرياضيات و(8) جلسات في اللغة العربية بفترة زمنية مدتها أسبوعان، وقد استغرقت كل جلسة (30) دقيقة تطبق في حصص الرياضيات واللغة العربية.

أظهرت نتائج الدراسة اثر البرنامج التدريبي باستخدام المراقبة الذاتية في تحسن مستوى الانتباه لدى الطلبة، وان التدريب كان مناسباً لكلا الجنسين في معالجة مشكلة قصور الانتباه، و زيادة مستوى الانتباه بالمراحل العمرية المبكرة منها في المراحل المتقدمة، وان مستوى الاحتفاظ كان أطول وذا فاعلية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ب-الدراسات الأجنبية.

36-دراسة Erhardt & Baker (1990):فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأسرة والأطفال ذوي النشاط الزائد.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية البرنامج في تنظيم وخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد.

تضمنت عينة الدراسة طفلين من الذكور متوسط أعمارهم (5.4) سنة في مرحلة ماقبل المدرسة. وقد طبق الباحثان برنامجاً تدريبياً في تنظيم السلوك لمدة (10) أسابيع وبواقع جلستين اسبوعياً وبحضور الوالدين جميع الجلسات وبعد تطبيق البرنامج اظهر الأطفال تحسناً في سلوك النشاط الزائد وتحسن في مفاهيم الوالدين حول الاضطراب مما ساعد على تحقيق تفاعل ايجابي بين الأسرة والطفل.

37-دراسة Paniagua & etal (1990):برنامج تدريبي لتنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه.

هدفت الدراسة التعرف إلى فعالية البرنامج التدريبي لتنظيم السلوك الفوضوي باستخدام تصحيح الاستجابة واللعب وأساليب التعزيز المختلفة.

أجريت الدراسة على عدد من الحالات الإكلينيكية لأطفال المدرسة الابتدائية من الذكور، وقام الباحثون بعمل جلسات متعددة التصميمات المختلفة وتم تسجيل السلوكيات غير المرغوب فيها وملاحظة درجة تحسنها وانخفاض حدتها لدى هؤلاء الأطفال

وأظهرت النتائج فعالية البرنامج في تعديل السلوك الفوضوي وتحسن في الأداء الأكاديمي.

38-دراسة Feierstein (1991):فاعلية برنامج إرشادي في زيادة الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط.

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي في زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد للتخفيف من حدة أعراض الاضطراب وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين. وقد تألفت عينة الأطفال المضطربين من (52) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. حيث تلقى أطفال المجموعة التجريبية (35) جلسة إرشادية وطبق عليهم اختبار التحصيل الدراسي، بينما طبق على المعلمين والوالدين قائمة تشتت الانتباه والنشاط الزائد المأخوذة من التشخيص الإحصائي للجمعية الأمريكية، وقائمة كونرز لملاحظة سلوك الطفل. أظهرت النتائج انخفاض أعراض النشاط الزائد

وأعراض تشتت الانتباه وارتفاع في مستوى التحصيل الدراسي لدى أطفال المجموعة التجريبية مما يشير إلى أن أعراض هذا الاضطراب هي المسؤولة عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لدى أفراد العينة.

39- دراسة Ghosh & Chattopadhyay (1993):برنامج تعديل السلوك الناتج عن اضطراب النشاط الزائد.

هدفت الدراسة التعرف إلى فعالية بعض الفنيات العلاجية في تعديل سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه.

تكونت عينة الدراسة من (15) طفلاً يعانون من الاضطراب في سن (7) سنوات، وقد استخدمت الدراسة فنيات التعزيز الايجابي وبعض برامج التعليم ومبادئ بريماك وتكلفة الاستجابة وتم تنفيذ البرنامج في مدة (12) أسبوع بواقع جلستين اسبوعياً.

أظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً في الأداء الأكاديمي وفي السلوكيات التي تميز النشاط الزائد وقصور الانتباه (عدم الطاعة، وعدم تكملة المهام، والتعاون، والسلوك الاجتماعي)والذي أدى بدوره إلى خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.

40- دراسة Copeland (2002):عملية التكيف وتطور الوظائف الإجرائية عند أطفال ماقبل المدرسة ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط في برنامج الطفولة المبكرة(هيد ستارت).

هدفت الدراسة إلى توضيح عملية التكيف من خلال التحقيق من علاقة متغيرات ثلاثة هي: قصور في الكف السلوكي ونمو الوظيفة الإجرائية، عملية التكيف كما تعرفها النظريات الاجتماعية، وبيئة هيد ستارت للطفولة المبكرة(وهو برنامج اهتم بتحديد احتياجات الأطفال الصغار ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي ليتواءموا علمياً واجتماعياً في المدرسة).

تكونت عينة الدراسة من ستة أطفال مضطربين تم اختيارهم للمشاركة في دراسة الحالة كما ضمت معلماتهم ومجموعة من الأطفال الأسوياء البالغ عـــددهم (47) طفلاً من أربعة فصول التي اختيرت منها حالات الأطفال المضطربين.

واستخدمت الدراسة برنامج هيد ستارت وأسلوب الملاحظة. حيث تمت ملاحظـــة كل مشارك لمدة (915) ساعة كما استخدمت المقابلة الشخصية للمعلمات.

أظهرت النتائج إن الأطفال المضطربين الذين تعرضـــوا لخبـــرة العـــزل الاجتماعي والرياضي في برنامج هيد ستارت كانوا اقل مشاركة مـــع الأقـــران مقارنة مع الأطفال الأسوياء، وأشارت إلى دور المعلمات في التأثير في قـــصور المنع السلوكي في عمليات التكيف وتشجيع نمو الوظائف الإجرائية، كما أشـــارت إلى دور العوامل البيئية الأخرى في عمليات التكيف للأطفال في برنـــامج هيـــد ستارت، وتبين أن عملية التكيف لأطفال ما قبل المدرسة من المضطربين تتـــأثر في القصور بالكف السلوكي والنقص في الوظائف الإجرائية.

41- دراسة Corrin (2003):تدريب مجموعة الأطفال مع الوالدين وتـــدريب مجموعة الأطفال للأطفال الصغار ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية تدريب الوالدين مع أطفالهم المـــضطربين في تحسين السلوكيات الخارجية للطفل والمهارات الاجتماعيـــة ومفهـــوم الـــذات والضغوط الوالدية والكفاءة الوالدية.

اشتملت عينة الدراسة على (55) أسرة لأطفال مضطربين تـــم اختيـــارهم عشوائياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، أحداهما تدريب الطفل بمفـــرده، والثانيـــة تدريب الوالدين بصحبة الطفل. وتراوحت أعمار الأطفال بين (4.5-8.5) سنة.

استخدمت الدراسة برنامجين علاجيين الأول اعتمد على التعلم الاجتمـــاعي ومبادئ نظرية لعب الطفل واستخدمت فنيات النمذجة ولعب الأدوار والتـــدريبات السلوكية. وذلك لتحسين المهارات الاجتماعية والاندفاعية وإدارة الغـــضب وتـــم

تطبيقه على مجموعة تدريب الأطفال.والبرنامج الثاني الذي اعتمد علـــى مـــنهج باركلي Barkley في تدريب الوالدين.

أظهرت النتائج فعالية البرنامجين من خلال التحسن الدال في ســلوكيات الطفــل الخارجية ومفهوم الذات،وظهر أيضاً أن تدريب الوالدين والأطفال كان أكثر فاعلية من تدريب الأطفال بمفردهم في تحسين السلوكيات المشكلة للطفل، وقد أوصـــت الدراســة استخدام طريقة تدريب الوالدين مع الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة.

تعقيب على الدراسات التي تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب:

يتضح من عرض الدراسات السابقة العربية والأجنبية أنها تناولت بـــرامج إرشادية متنوعة (أسرية، وتربوية، وسلوكية، وسلوكية معرفية) لخفـــض حـــدة اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط وقد اختلفت الفئات المستهدفة التي طبقــت عليها هذه البرامج. فمنها ما ركـــزت علـــى إرشـــاد وتـــدريب أســـر الأطفـــال المضطربين فقط. ومنها ما ركزت على الأطفال المضطربين أنفسهم، بينما ركز القسم الآخر من الدراسات على تدريب الأسر والأطفال المضطربين معاً. وفـــي البحث الحالي سيتم استخدام البرنامج الـــسلوكي الـــذي يركـــز علـــى الأطفـــال المضطربين أنفسهم وبما يتفق مع بعض الدراسات التي أشارت إلى إمكانية تعديل سلوك الأطفال المضطربين في مرحلة الروضة عند التعامل معهم بشكل مباشـــر كدراسات (الموافي،1995)، و(البــصير،2004)، و(بــدوي،2005)، و(Feierstein,1991)، و(Ghosh&Chattopadhyay,1993)، و(Copeland,2002)، و(Corrin,2003).

استخدم في برامج الدراسات السابقة فنيات متنوعة حيث تم التركيـــز فـــي البرامج الإرشادية على فنيات (التعلم بالنموذج، ولعب الدور، والتعزيز الايجابي، والتلقين، والإقناع) كدراسات (الطالب،1987)، و(بخش،2001)، و(بدوي،2005) . أما في البرامج السلوكية فقد استخدمت فنيات (التعزيـــز بأنواعــه، والتعاقــد التبادلي، والتدريس الملطف، وتكلفة الاستجابة، وتشكيل السلوك، والحث والتلقين) كدراسات (الموافي،1995)، و(البــصير،2004)، و (Erhardt&Baker,1990)،

و(Paniagua&etal,1990)،و(Corrin,2003). أما في البرامج السلوكية المعرفية فقد استخدمت فنيات (الاسترخاء، والضبط الذاتي، والمراقبة الذاتية، والتسجيل الذاتي، والتعلم بالنموذج، ولعب الدور) كدراسات (السطحية،1997)، و (دبيس والسمادوني،1998)، و (شقير،1999)، و (قزاقزة،2007). وسيركز البحث الحالي على فنيات سلوكية متنوعة (كالتعزيز بأنواعه، والحث والتلقين، والنمذجة، وتشكيل السلوك) وهي الفنيات التي تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية لأطفال ماقبل المدرسة التي أثبتت فاعليتها عند استخدامها في الدراسات السابقة لخفض حدة الاضطراب عند **الأطفال** كدراسة.

استخدمت غالبية البرامج في الدراسات السابقة تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا ما سيعتمده البحث الحالي في اختياره للتصميم التجريبي.

تراوحت أعداد الأطفال في برامج الدراسات العربية بين (6-66) كدراسات (الطالب،1987)، و(الموافي،1995)، و (السطحية،1997)، و(شقير،1999). وكانت أعدادهم في برامج الدراسات الأجنبية بين (2-52) طفلاً وطفلة كدراسات (Erhardt&Baker,1990)، و(Feierstein,1991)، و(Copeland,2002). وقد بلغ عدد الأطفال الذين طبق عليهم البرنامج في البحث الحالي (22) طفلاً وطفلة بما يتناسب وطبيعة البحث التجريبي.

تراوحت أعمار الأطفال المضطربين في برامج الدراسات السابقة بين (9-14) سنة في البرامج الإرشادية، و(4-8) سنة في البرامج السلوكية، و(8-15) سنة في البرامج السلوكية المعرفية. مما يشير إلى ملائمة البرامج السلوكية للأعمار الصغيرة في عمر مرحلة الروضة وهذا ما يتفق مع البرنامج الذي اختارته الباحثة في البحث الحالي.

تباينت البرامج في الدراسات السابقة في عدد جلساتها والوقت المستغرق لتطبيق الجلسات. فقد تراوحت الجلسات بين (12-30) جلسة وبواقع جلستين إلى

ثلاث جلسات اسبوعياً. وسيتم مراعاة هذا العدد في الجلسات والأوقات اللازمة لها بما يتناسب وظروف الأطفال في الروضة وعدم شعورهم بالملل والمحافظة على تفاعلهم الايجابي مع الباحثة.

الفائدة من الدراسات السابقة:

أفادت الباحثة من الدراسات السابقة ما يلي:

1- إن الاضطراب ينتشر بين الأطفال العادين وغير العاديين في مرحلة ماقبل المدرسة وانه ينتشر بنسبة اكبر عند الذكور منه لدى الإناث. وهذه المشكلة تتطلب الوقوف عندها ووضع الحلول الناجعة لها.

2- أهمية الكشف المبكر عن الاضطراب في المراحل المبكرة من عمر الطفل .

3- أهمية إعداد مقياس تشخيصي للاضطراب في البيئتين المنزلية والمدرسية يتناسب مع المرحلة العمرية للحد من تأثيراته السلبية على مظاهر النمو المختلفة .

4- الاعتماد على ملاحظات وتقديرات المربيات والأمهات معاً في تشخيص الأعراض السلوكية الدالة على الاضطراب عند الأطفال.

5- ضرورة التعرف على الأعراض الرئيسية والثانوية المصاحبة للاضطراب، والخصائص التي يتسم بها الأطفال المضطربون.

6- ارتباط الاضطراب ببعض المظاهر المعرفية، والأسرية، والاجتماعية، والجسمية. وآثارها السلبية على حياة الطفل مما يستدعي الاهتمام بالاضطراب.

7- أوضحت الدراسات السابقة فاعلية البرامج المتنوعة في خفض حدة الاضطراب وخاصة البرامج السلوكية منها قي عمر ماقبل المدرسة مما يستدعي أن يكون البرنامج في البحث الحالي متنوعاً لا يقتصر على جانب واحد فقط.

8- أهمية تطبيق البرنامج السلوكي لتعديل سلوك الأطفال المضطربين في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال في مرحلة الروضة.

9- استرشدت الباحثة بنتائج الدراسات السابقة في اختيار الفنيات المناسبة للبرنامج في البحث الحالي، وفي تحديد طرق وإجراءات هذه الفنيات.

10- أفادت الباحثة من الدراسات السابقة في وضع وصياغة فروض البحث الحالي.

11- أهمية إعداد برامج إرشادية لأسر الأطفال المضطربين لتوعيتهم بالاضطراب، وأسبابه، وأعراضه، وأساليب التعامل معه للتخفيف من معاناتهم.

ثالثاً:فروض البحث:

1- يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي.

2- يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي.

3- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي.

4- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج السلوكي ودرجاتهم في التطبيق المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة.

5- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة.

الفصل الرابع

إجراءات البحث

- ❖ منهج البحث.
- ❖ مجتمع البحث.
- ❖ عينة البحث.
- ❖ أدوات البحث.
- ❖ الوسائل الإحصائية.

يشتمل الفصل الحالي على الإجراءات التي استخدمت في البحث والتي تضمنت منهج البحث المستخدم، ومجتمع البحث وعينته، والأدوات المستخدمة في قياس وتشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، وبرنامج تعديل السلوك لخفض الاضطراب لدى الأطفال والوسائل الإحصائية المناسبة للتحليل.

أولاً:منهج البحث.

يعتمد البحث الحالي على المنهج التجريبي لمعرفة فعالية البرنامج السلوكي في خفض الاضطراب لدى الأطفال على وفق أسلوب تصميم المجموعتين المتكافئتين ذي القياس القبلي و البعدي. تمثل أحداهما المجموعة التجريبية وتمثل الأخرى المجموعة الضابطة. ويتطلب هذا التصميم ما يلي:-

1- التوزيع العشوائي للأطفال المضطربين على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

2- تطبيق القياس القبلي على الأطفال المضطربين في كلتا المجموعتين.

3- تقديم المعالجة التجريبية للأطفال (البرنامج السلوكي) في المجموعة التجريبية.

4- تطبيق القياس البعدي لكلتا المجموعتين.

ومن مميزات هذا التصميم يعمل على ضبط الكثير من العوامل التي تؤثر في الصدق الداخلي كالتاريخ، والنضج، والاختبار، وأدوات القياس، والانحدار، والاختيار، وتسرب المفحوصين، والتفاعل بين هذه المتغيرات (دويدار ،1995: 263)(عباس وآخرون،2007: 195-196).

والجدول (1) يوضح التصميم التجريبي المعتمد في البحث.

جدول(1)تصميم المجموعتين المتكافئتين ذي القياس القبلي والبعدي

التوزيع	المجموعة	القياس القبلي	المتغير المستقل	القياس البعدي
عشوائي	تجريبية	ق1	البرنامج السلوكي	ق2
عشوائي	ضابطة	ق1	×	ق2

ثانياً:مجتمع البحث.

لغرض التعرف إلى مجتمع البحث الحالي، راجعت الباحثة قسم أدارة الإحصاء والتخطيط في مكتب التربية والتعليم/ محافظة تعز. وقد تم الحصول من خلاله على إحصائية رياض الأطفال في مدينة تعز والتي اشتملت على (46) روضة تتوزع بواقع (43) روضة أهلية و(3) روضات حكومية تقع في مديريات مركز المحافظة (صالة، والقاهرة، والمظفر). بلغ مجموع أطفال الروضة عامة (1983) طفلاً وطفلة يتوزعون حسب نوعهم إلى (1110) من الذكور، و(873) من الإناث. وقد تراوحت أعمارهم بين (4و5) سنوات. والجدول(2) يظهر توزيع الأطفال الذين ضمهم مجتمع البحث حسب المديريات والروضات التابعة لها.

جدول(2)توزيع مجتمع البحث بين الروضات وعدد الأطفال

م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الأطفال الإناث	المجموع
1	زهور الوحدة	صالة	حكومية	105	106	211
2	جيل الأمجاد	صالة	أهلية	45	25	70
3	فرع جيل الأمجاد	-	-	28	22	50
4	مكة	-	-	17	26	43
5	المتميزون	-	-	25	19	44
6	التعليمية الحديثة	-	-	8	6	14
7	محمد علي عثمان	-	-	91	66	157
8	الأنصار الرئيسية	-	-	7	8	15
9	فرع الأنصار	-	-	8	7	15
10	النهضة الحديثة	-	-	34	28	62
11	براعم الوحدة	-	-	13	14	27
12	أقرأ الأهلية	-	-	10	7	17
13	تعز النموذجية	-	-	13	11	24
14	اليمن الحديثة	-	-	14	10	24
15	سبأ	-	-	24	21	45
16	الرواد	-	-	18	12	30
17	المجد	-	-	22	29	51
18	التركية الدولية	-	-	29	13	42
19	المستقبل الوطنية	-	-	9	7	16

20	الجيل الجديد	-	-	7	3	10
21	جنة المعارف	-	-	24	23	47
22	الأمل	القاهرة	حكومية	60	55	115
23	أروى	القاهرة	حكومية	48	44	92
24	الرسالة	القاهرة	أهلية	40	34	74
25	الينابيع	-	-	9	16	25
26	الخير الرئيسية	-	-	33	26	59
27	الوفاء	-	-	10	5	15
28	الملاك الصغير	-	-	9	6	15
29	الأضواء النموذجية	-	-	8	7	15
30	طيبة	-	-	29	16	45
31	جيل الغد	-	-	32	16	48
32	الإبداعية	-	-	24	12	36
33	سام	-	-	17	10	27
34	براعم الأقصى	-	-	3	4	7
35	فرع المناهل	-	-	10	7	17
36	الفجر	-	-	15	4	19
37	المنار	المظفر	أهلية	26	8	34
38	فرع الخير	-	-	12	5	17
39	المناهل	-	-	6	1	7
40	الرشاد	-	-	22	18	40
41	اليمنية العراقية	-	-	10	11	21
42	فرع جيل الأمجاد	-	-	39	26	65
43	فرع بدر	-	-	23	14	37
44	بدر الرئيسية	-	-	39	25	64
45	الخليج	-	-	29	35	64
46	فرع براعم الأقصى	-	-	6	5	11
الإجمالي				**1110**	**873**	**1983**
النسبة				**%56**	**%44**	**%100**

يتبين من الجدول (2) أن نسبة الأطفال الذكور تشكل (56%) من المجتمع العام لأطفال الروضات، بينما تشكل نسبة الإناث (44%) منه.

ثالثاً:عينة البحث.

1-عينة روضات الأطفال.

لغرض تحديد الأطفال المضطربين في الروضات تم تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب في (46) روضة توزعت بين مجتمع البحث. وتبين من خلال عملية تطبيق المقياس أن هناك (11) روضة ليس فيها أطفال مضطربون بتشتت الانتباه وفرط النشاط، وروضة واحدة امتنعت عن تزويد الباحثة بالمعلومات وأبدت عدم استعدادها لاستكمال الإجراءات وبذلك أصبح عدد الروضات التي تضم أطفالاً مضطربين (34) روضة بلغت نسبتها (74%) من مجموع روضات مجتمع البحث. كما موضح في جدول(3)

جدول(3)

أعداد وأسماء الروضات التي يتوزع فيها الأطفال المضطربون

م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الإناث	المجموع
1	زهور الوحدة	صالة	حكومية	2	1	3
2	جيل الأمجاد	-	أهلية	3	---	3
3	الأنصار الرئيسية	-	-	4	-----	4
4	النهضة الحديثة	-	-	2	1	3
5	براعم الوحدة	-	-	4	-----	4
6	اقرأ الأهلية	-	-	4	-----	4
7	مدارس تعز	-	-	3	1	4
8	اليمن الحديثة	-	-	4	-----	4
9	سبأ	-	-	2	1	3
10	الرواد	-	-	3	1	4

11	المجد	-	-	2	2	4
12	التركية الدولية	-	-	3	1	4
13	المستقبل الوطنية	-	-	3	1	4
14	الجيل الجديد	-	-	4	1	5
15	جنة المعارف	-	-	2	1	3
16	الأمل	القاهرة	حكومية	2	1	3
17	الرسالة	-	أهلية	2	1	3
18	الينابيع	-	-	2	--	2
19	الخير الرئيسية	-	-	5	1	6
20	الوفاء	-	-	2	1	3
21	الأضواء النموذجية	-	-	2	-----	2
22	طيبة	-	-	5	1	6
23	جيل الغد	-	-	3	1	4
24	الإبداعية	-	-	3	-----	3
25	سام	-	-	3	1	4
26	براعم الأقصى	-	-	3	1	4
27	المنار	المظفر	أهلية	4	-----	4
28	فرع الخير	-	-	3	1	4
29	الرشاد	-	-	4	-----	4
30	اليمنية العراقية	-	-	3	1	4
31	فرع جيل الأمجاد	-	-	3	1	4
32	فرع بدر	-	-	3	1	4
33	بدر الرئيسية	-	-	4	1	5
34	الخليج	-	-	3	-----	3
	الإجمالي			**104**	**24**	**128**

ونظراً لصعوبة جمع الأطفال المضطربين في مكان واحد لتطبيق البرنامج السلوكي تم اختيار (6) روضات بطريقة عشوائية من مجموع الروضات التي شُخص فيها الأطفال المضطربون. كما موضح في جدول (4)

جدول(4)

عينة الروضات وعدد الأطفال الذكور والإناث المضطربين فيها

م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع
1	المجد	صالة	أهلية	2	2	4
2	اليمنية العراقية	المظفر	أهلية	3	1	4
3	الرسالة	القاهرة	أهلية	2	1	3
4	فرع بدر	المظفر	أهلية	3	1	4
5	الأمل	القاهرة	حكومية	2	1	3
6	الرواد	صالة	أهلية	3	1	4
	الإجمالي			**15**	**7**	**22**
	النسبة			**%14.42**	**%29.17**	**%17.19**

2-عينة الأطفال.

بعد اختيار عينة الروضات تبين أن عدد الأطفال المضطربين فيها (22) طفلاً وطفلة منهم (15) ذكر و(7) إناث مثلوا عينة الأطفال المضطربين الذين سيطبق عليهم البرنامج السلوكي والذين توزعوا بين (6) روضات. وقد شكلت نسبة هؤلاء الأطفال (17.19%) من مجموع الأطفال البالغ عددهم (128) طفلاً وطفلة تم تشخيصهم بالاضطراب. وتراوحت أعمارهم بين (4.3-5.9) سنة

وبمتوسط عمري قدره (5.2) سنة وانحراف معيـاري (0.37). وقد تراوحت درجاتهم على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء بين (89-121) بمتوسط وقدره (110.86) درجة وانحراف معياري (8.11).

بعدها تم توزيع هذه الروضات والأطفال المضطربين الذين ينتمون إليها إلى مجموعتين بطريقة عشوائية تضم كل مجموعة (3) روضات مثلت الأولى المجموعة التجريبية ومثلت الأخرى المجموعة الضابطة. وجدول (5) يوضح توزيع الروضات والأطفال المضطربين عينة البحث.

جدول(5)

توزيع الأطفال المضطربين بين المجموعتين التجريبية والضابطة

م	المجموعة	اسم الروضة	عدد الأطفال الكلي في الروضة	عدد الأطفال المضطربين	المجموع
1	التجريبية	المجد	51	4	11
2		اليمنية العراقية	21	4	
3		الرسالة	74	3	
4	الضابطة	فرع بدر	37	4	11
5		الأمل	115	3	
6		الرواد	30	4	
	الإجمالي		328	22	22

- إجراءات تكافؤ أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

أن عملية تحقيق التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة أمر بالغ الأهمية. إذ لابد أن تكون المجموعتان متكافئتين بقدر الإمكان في المتغيرات التي قد تؤثر في المتغير التابع (الاضطراب). وللتأكد من أن الفرق في النتائج يعزى إلى المتغير المستقل لوحده (البرنامج السلوكي). وقد أشارت بعض الدراسات السابقة التي استخدمت تصميم المجموعتين المتكافئتين في تطبيق برامجها لخفض حدة الاضطراب إلى أهمية إجراء التكافؤ قبل التطبيق في متغيرات: الاضطراب ومجالاته الفرعية، والذكاء، والعمر كدراسات (السطحية،1997)، و(دبيس والسمادوني،1998)، و(السبخش، 2001)، و(البصير،2004).

وتم التحقق من تكافؤ الأطفال في المجموعتين في هذه المتغيرات على النحو الآتي:

1- متغير الاضطراب ومجالاته الفرعية(القياس القبلي):

تراوحت الدرجات الكلية للأطفال المضطربين على مقياس تشخيص الاضطراب في المجموعتين التجريبية والضابطة بين (106-137) بمتوسط حسابي (119.32) وانحراف معياري (9.10).

للتأكد من تكافؤ درجاتهم في القياس القبلي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) ومجالاته الفرعية (تشتت الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) استخدم الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني) للعينات المستقلة المتوسطة الحجم* (عودة والخليلي،2000: 445-447) للتعرف إلى الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في

*يستخدم هذا الأسلوب الاحصائي عندما تكون المجموعة الأكبر تزيد عن (8) أفراد وأقل من (20) فرد.

مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية) ومجالاته الفرعية في القياس القبلي. كما تظهر النتائج في جدول (6)

جدول(6)

قيم مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية) ومجالاته الفرعية في القياس القبلي

المتغير	المجموعة	عدد أفراد العينة	مجموع الرتب	قيم (U) المستخرجة	مستوى الدلالة
تشتت الانتباه	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	122.5 130.5	56.5	غير دالة
فرط النشاط	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	139 114	48	غير دالة
الاندفاعية	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	130.5 122.5	56.5	غير دالة
الأعراض المصاحبة	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	138.5 114.5	48.5	غير دالة
الدرجة الكلية للاضطراب	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	134.5 118.5	52.5	غير دالة

قيمة(U) الجدولية=25 عند مستوى دلالة (0.01) وعدد الأفراد (11،11) (عودة والخليلي، 2000: 590)

يتبين من جدول (6) إن قيم (U) المستخرجة أكبر من قيمة (U) الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الاضطراب ومجالاته الفرعية وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

2- متغير الذكاء:

تم التعرف إلى درجات ذكاء الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة من خلال تطبيق مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة المعدلة) تعريب لويس كامل مليكه. (مليكة،1998)

وقد تراوحت درجاتهم على هذا الاختبار بين (89-121) بمتوسط حسابي (110.86) وانحراف معياري (8.11).

للتأكد من تكافؤ درجات متغير الذكاء بين المجموعتين استخدم الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني) للعينات المستقلة المتوسطة الحجم. كما تظهر النتائج في جدول (7)

جدول(7)

قيمة مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في متغير الذكاء

المتغير	المجموعة	عدد أفراد العينة	مجموع الرتب	قيمة (U) المستخرجة	مستوى الدلالة
الذكاء	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	121.5 131.5	55.5	غير دالة

قيمة(U) الجدولية=25 عند مستوى دلالة (0.01) وعدد الأفراد (11،11)

يتبين من الجدول (7) إن قيمة (U) المستخرجة أكبر من قيمة (U) الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء. وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

3- متغير العمر:

تراوحت أعمار الأطفال المضطربين في المجموعتين بين (4.3-5.9) سنة بمتوسط عمري قدره (5.2) سنة وانحراف معياري (0.37).

للتأكد من تكافؤ أعمار أفراد المجموعتين استخدم الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني) للعينات المستقلة المتوسطة الحجم. كما تظهر النتائج في جدول (8)

جدول(8)

قيمة مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في متغير العمر

المتغير	المجموعة	عدد أفراد العينة	مجموع الرتب	قيمة (U) المستخرجة	مستوى الدلالة
العمر	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	125 128	59	غير دالة

قيمة(U) الجدولية=25 عند مستوى دلالة (0.01) وعدد الأفراد (11،11)

يتبين من الجدول (8) إن قيمة (U) المستخرجة أكبر من قيمة (U) الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين أعمار أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر. وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

نتيجة لهذه الإجراءات تم التحقق من تكافؤ أطفال العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

رابعاً:أدوات البحث.

لغرض تحقيق أهداف البحث تم إعداد أداتين رئيسيتين هما:

1-مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

لغرض إعداد مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورتيه المدرسية والمنزلية تم اعتماد الخطوات اللازمة لبناء المقاييس النفسية وعلى النحو الآتي:

أولاً:خطوات إعداد مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية)

أ - تعريف موضوع القياس وتحديد مجالاته:

تم تعريف الموضوع المراد قياسه وتحديد مجالات تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بعد اطلاع الباحثة على عدد من المقاييس التشخيصية والقوائم التقديرية للسلوك الذي يظهره الأطفال المضطربون في بيئة الروضة والتي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بقياس وتشخيص الاضطراب عند الأطفال وكما يأتي:

1- قائمة (كونرز لتقدير سلوك الطفل) Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) المعربة والمقننة من قبل (السيد السمادوني) والمطبقة على البيئة المصرية وتتضمن خمسة مجالات رئيسية هي (العدوانية، وعدم القدرة على الانتباه، والقلق، والنشاط الزائد، والاجتماعية) (السمادوني،1991: 1-24).

2- قائمة (ملاحظة سلوك الطفل) المعد من قبل (المرسي) المطبقة على البيئة المصرية وتتضمن ثلاثة مجالات رئيسية هي(صعوبات الانتباه، الاندفاعية، وفرط النشاط) (المرسي،1995: 1-47).

3- مقياس (انتباه الأطفال وتوافقهم) المعد والمقنن من قبل (البحيري وعجلان) و يتكون من صورتين رئيسيتين هما: صورة المنزل، وصورة المدرسة وقد تضمنت كل صورة أربعة مجالات رئيسية هي (نقص الانتباه، والتسرع، والنشاط المفرط، ومشكلات السلوك) وقد طبق على البيئة المصرية (البحيري وعجلان،1997: 1-86).

4- مقياس (اضطراب فرط النشاط وضعف الانتباه عند الأطفال) المعد من قبل (فيصل الزراد) للبيئة المصرية وهو يستند على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية والى ممارسة العمل السريري، ويتكون من صورتين يطبق الأول من قبل الأهل، والثاني من قبل المعلمين لغرض التوصل إلى تقدير دقيق عن الاضطراب بمجالاته الثلاثة: (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية) (الزراد،1999: 1-36).

5- مقياس (اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال) المعد من قبل (السيد احمد على) للبيئة المصرية و يتكون من صورتين رئيسيتين هما: الصورة المدرسية، والصورة المنزلية وتضمنت كل صورة ثلاثة مجالات رئيسية هي(ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة النشاط الحركي، والاندفاعية) (احمد،1999: 5-24).

6- المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل(DSM-IV-TR) المعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية و يتكون من صورتين رئيسيتين هما: الصورة المدرسية، والصورة المنزلية وتضمنت كل صورة ثلاثة مجالات أساسية لتشخيص الاضطراب هي(ضعف الانتباه، والنشاط الحركي، والاندفاعية) .(APA,2000:268-270)

7- مقياس اضطرابات قصور الانتباه المعدل (ADDES) Attention Deficit Disorders Evaluation Scale-Revised صمم هذا المقياس لتقييم وتشخيص اضطراب قصور الانتباه بمفرده أو المصحوب بالحركة المفرطة للأعمار من (4-18) سنة ويطبق بطريقة فردية وبصورتين منزلية، ومدرسية. بواقع (46)، (60) فقرة على التوالي ويشتمل على ثلاثة اختبارات فرعية هي (عدم الانتباه، الاندفاعية، الحركة المفرطة) (سيسالم ،2002: 42).

8- مقياس الدليل التشخيصي لاضطرابات أو صعوبات الانتباه المعد من قبل (فتحي مصطفى الزيات) (الزيات،2006: 14).

ب- اطلاع الباحثة على بعض الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت الاضطراب عند الأطفال حيث تم الإفادة منها بإضافة مجال الأعراض المصاحبة للاضطراب كـ (سيسالم،2001)، و (شقير،2002)، و(عبد المعطي،2003)، و(الخشرمي،2004)، و(اليوسفي،2005)، و(NIMH,2006)، و(خليفة وعيسى،2007).

ومن خلال الإجراءات السابقة تم تحديد المجالات الرئيسية للمقياس وهي:

1- مجال تشتت الانتباه.

2- مجال فرط النشاط الحركي.

3- مجال الاندفاعية.

4- مجال الأعراض المصاحبة. ملحق(1)

ولغرض التأكد من صلاحية تعريف الاضطراب ومجالات قياسه عرض على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لبيان آرائهم فيها. ملحق(2)

وقد تبين من استجابات المحكمين أنهم متفقون بنسبة 100% على صلاحية تعريف الاضطراب والمجالات الأربعة التي أعدت لقياس الاضطراب المعروضة عليهم وبذلك عدت هذه المجالات الأربعة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

ج-صياغة فقرات مجالات المقياس:

لغرض ضمان صياغة فقرات مناسبة للمجالات الأربعة التي تم تحديدها للمقياس قامت الباحثة بإتباع الخطوات الآتية:

1- الاطلاع على الفقرات التي أوردتها المقاييس والقوائم السلوكية التي شخصت الاضطراب في البيئة المدرسية.

2- الاطلاع على الأدبيات والدراسات التي تناولت الاضطراب.

3- إجراء المقابلات مع بعض المربيات العاملات في رياض الأطفال الحكومية والأهلية في مدينة تعز لتحديد بعض الخصائص السلوكية التي يتسم بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي للتعرف على الخصائص السلوكية التي يمكن أن يظهرها الطفل المضطرب أثناء وجوده في الروضة والتي يمكن الإفادة منها في صياغة بعض فقرات المقياس في الصورة المدرسية التي تطبق في الروضة.

في ضوء الإجراءات السابقة تم صياغة (56) فقرة بصورتها الأولية توزعت بين مجالات (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع(14،16،13،13) فقرة على التوالي في الصورة المدرسية للمقياس.ملحق(1)

وقد تبنت الباحثة طريقة ليكرت Likert في بناء المقاييس النفسية وذلك لعدة أسباب أهمها : (Mehrens&Lehman,1984:241) (Anastasi,1976:550)

1- سهولة البناء والتصحيح.

2- توفر مقياساً أكثر تجانساً.

3- تسمح للمستجيب بأن يؤشر درجة أو شدة مشاعره.

4- تظهر التباين بين المستجيبين بوضوح.

5- تساعد في التأكد من أن جميع العبارات تقيس شيئاً واحداً.

6- لا تحتاج إلى عدد كبير من المحكمين.

7- طريقة مرنه في القياس.

8- يظهر الثبات فيها بشكل جيد.

وقد روعي في صياغة كل فقرة من الفقرات أن تكون بصيغة الغائب، مع تجنب استخدام صيغة نفي النفي لكي لا تربك المستجيب لها، ولا تحتمل أكثر من تفسير واحد (أبو علام وشريف ،1989: 134).

-صلاحية الفقرات:

لغرض التعرف إلى مدى صلاحية صياغة الفقرات بصورتها الأولية وعددها (56) فقرة عرضت على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والطب للحكم على مدى مناسبتها في قياس كل مجال من مجالات المقياس في الصورة المدرسية، ووضوح صياغتها، ومدى ملائمة بدائل الإجابة عنها، والتعديل المناسب لها أن وجد. ملحق (2)

وفي ضوء استجابات الخبراء المختصين والمناقشات التي جرت معهم حذفت، وعدلت، وأضيفت، وحولت بعض الفقرات. كما موضح في جدول (9)

جدول (9)

مجالات المقياس(الصورة المدرسية) وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحولة

المجال	أرقام الفقرات المحذوفة	أرقام الفقرات المعدلة	أرقام الفقرات المضافة	أرقام الفقرات المحولة	مجموع فقرات المجال بعد التعديل
تشتت الانتباه	7، 12	3، 6	-----	----------	12
فرط النشاط	18، 24، 30	17، 20	-----	----------	13
الاندفاعية	------	36، 39	------	42، 43 إلى الأعراض المصاحبة	11
الأعراض المصاحبة	-----	45، 46، 50، 53	42، 43	----------	15
المجموع الكلي لفقرات المقياس					51

وبعد عملية الحذف والتعديل والإضافة والتحويل لبعض الفقرات أصبح عدد فقرات المقياس (51) فقرة تتوزع بين المجالات (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي ،والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع (12،13،11، 15) فقرة على التوالي. ملحق(3)

ثم عرضت التعديلات والإضافات، وتعليمات المقياس على مجموعة ثانية من الخبراء المختصين في التربية وعلم النفس. ملحق (4) بهدف التأكد من وضوح التعليمات وصلاحية الإضافات والتعديلات التي تمت على الصورة المدرسية للمقياس وبناءً على ذلك الإجراء حصلت جميع الفقرات على نسبة اتفاق تتراوح بين (90%- 100%) وبذلك أصبح عدد الفقرات الخاضعة للتحليل (51) فقرة توزعت بين مجالات المقياس (تشتت الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع (12 ،13 ، 11 ، 15) فقرة على التوالي.

هـ- الدراسة الاستطلاعية الأولية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الأولية على عينة طبقية عشوائية متناسبة بلغ عدد أفرادها (200) طفلاً وطفلة من المجتمع الأصلي للبحث. يتوزعون تبعاً لنوعهم إلى (112) من الذكور، و(88) من الإناث. وتشكل نسبة هذه العينة (10%) من مجموع الأطفال الذكور والإناث الذين يتوزعون على روضات مجتمع البحث. وكما يظهر في جدول (10)

جدول(10)

توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية الذين تم اختيارهم لإغراض بناء مقياس تشخيص الاضطراب

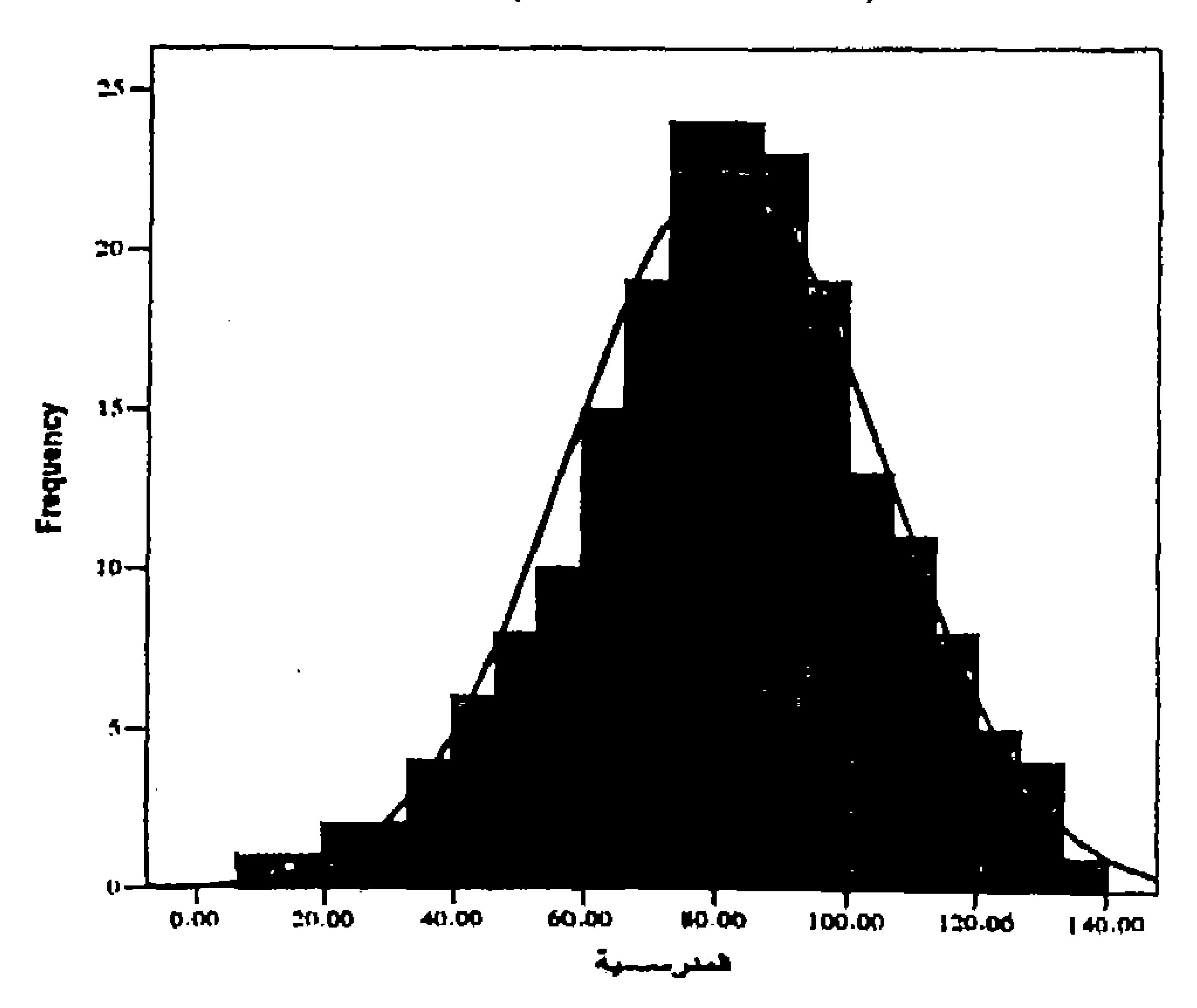
م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الأطفال الإناث	المجموع
1	زهور الوحدة	صالة	حكومية	11	11	22
2	جيل الأمجاد	-	أهلية	5	3	8
3	فرع جيل الأمجاد	-	-	3	2	5
4	مكة	-	-	2	3	5
5	المتميزون	-	-	3	2	5
6	التعليمية الحديثة	-	-	1	1	2
7	محمد علي عثمان	-	-	9	6	15
8	الأنصار الرئيسية	-	-	1	1	2
9	فرع الأنصار	-	-	1	1	2
10	النهضة الحديثة	-	-	4	2	6

11	براعم الوحدة	-	-	1	1	2
12	أقرأ الأهلية	-	-	1	1	2
13	تعز النموذجية	-	-	1	1	2
14	اليمن الحديثة	-	-	2	1	2
15	سبأ	-	-	3	2	5
16	الرواد	-	-	2	1	3
17	المجد	-	-	2	2	4
18	التركية الدولية	-	-	3	1	4
19	المستقبل الوطنية	-	-	1	1	2
20	الجيل الجديد	-	-	1	0	1
21	جنة المعارف	-	-	3	2	5
22	الأمل	القاهرة	حكومية	6	5	11
23	أروى	-	-	5	4	9
24	الرسالة	-	أهلية	4	3	7
25	الينابيع	-	-	1	2	3
26	الخير الرنيسية	-	-	4	2	6
27	الوفاء	-	-	1	1	2
28	الملاك الصغير	-	-	1	1	2
29	الأضواء النموذجية	-	-	1	1	2
30	طيبة	-	-	2	2	4
31	جيل الغد	-	-	3	2	5
32	الإبداعية	-	-	2	1	3
33	سام	-	-	1	1	2
34	براعم الأقصى	-	-	0	0	0
35	فرع المناهل	-	-	1	1	2
36	الفجر	-	-	1	0	1
37	المنار	المظفر	أهلية	2	1	3
38	فرع الخير	-	-	1	1	2

39	المناهل	-	-	1	0	1
40	الرشاد	-	-	2	2	4
41	اليمنية العراقية	-	-	1	1	2
42	فرع جيل الأمجاد	-	-	4	3	7
43	فرع بدر	-	-	2	1	3
44	بدر الرئيسية	-	-	3	3	6
45	الخليج	-	-	2	4	6
46	فرع براعم الأقصى	-	-	1	1	2
الإجمالي				112	88	200
النسبة				%56	%44	%100

بعدها طبق عليهم مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) وقامت مربيات الأطفال في الروضة بالإجابة نيابة عنهم. والغرض من هذا الإجراء هو تحليل فقرات المقياس إحصائياً، وبعد تطبيق المقياس وحساب درجات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية تبين أنها توزعت بيانياً على النحو المعروض في شكل (1).

شكل(1)توزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية بيانياً على مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية)



يتبين من الشكل (1) أن درجات العينة على الصورة المدرسية تراوحت بين (12-135) درجة بمتوسط حسابي (81.47) وانحراف معياري قـدره (23.79) وتفرطح (-0.29) والتواء (0.02).

ولما كان توزيع درجات العينة يقترب من التوزيع الاعتدالي قامت الباحثة باستخدام الإحصاء البارامتري في الخطوات اللاحقة من عملية التحليل الإحصائي للفقرات.

و-التحليل الإحصائي للفقرات:

تعد عملية تحليل الفقرات إحصائياً خطوة أساسية فـي بنـاء المقـاييس النفسية، وأن الهدف الأساسي من التحليل هو الإبقاء علـى الفقـرات المميـزة، والصادقة، والثابتة في المقياس.

ولغرض أجراء عملية تحليل فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) استخدمت الباحثة برنامج الحزمـة الإحـصائية للعلـوم الاجتماعيـة (SPSS) وذلك بغرض استخراج القوة التمييزية، والصدق، والثبـات للمقيـاس وكالآتي:

1-القوة التمييزية للفقرات:

أشار أبيل (Ebel) إلى أن الهدف من تحليل الفقرات هو الإبقـاء علـى الفقرات المميزة في المقياس (عودة ، 1985: 26) ويعد تحليل الفقرات بأسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Groups (المجموعة العليا، والمجموعة الدنيا) أسلوباً مناسباً، يستخدم لأغراض التمييز (الزوبعي وآخرون ، 1988: 79).

ولغرض معرفة القوة التمييزية بهذا الأسلوب اتبعت الخطوات الآتية:

أولاً- تحديد الدرجة الكلية للمقياس عند جميع الأطفال.

ثانياً- ترتيب درجات الأطفال تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة.

ثالثاً-اختيرت نسبة (27%) من أعلى الدرجات في المقياس، ولـ (27%) من الدرجات الدنيا، وبذلك تم تحديد مجموعتين متطرفتين بأكبر حجم وأقصى تمايز ممكن.(Mehrens&Lehamann,1984:192) وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الأطفال في كل مجموعة (54) طفلاً وطفلة.

رابعاً- تطبيق اختبار (ت) t - test لعينتين مستقلتين متساويتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في الإجابة عن كل فقرة، وعدت القيمة التائية مؤشراً لتمييز كل فقرة.

نتيجة للتحليل الإحصائي تبين أن جميع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب في الصورة المدرسية كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) ماعدا الفقرة (20) التابعة لمجال فرط النشاط الحركي كانت دالة عند مستوى (0.05) وكما موضح في جدول (11).

جدول(11)

نتائج اختبار (ت) لفقرات مقياس تشتت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين العليا والدنيا(الصورة المدرسية)

مجالات المقياس	أرقام الفقرات	27% العليا ن=(54)طفل		27% الدنيا ن=(54)طفل		القيمة التائية المستخرجة
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
تشتت الانتباه	1	2.158	0.953	0.907	0.875	**7.259
	2	2.13	0.953	0.444	0.718	**10.38
	3	1.593	1.037	0.37	0.592	**7.519
	4	1.796	1.155	0.593	0.74	**6.446
	5	2.278	0.811	0.519	0.795	**11.39
	6	1.926	0.968	0.667	0.727	**7.642
	7	2.13	0.912	0.556	0.691	**10.11
	8	2.167	0.966	0.852	0.92	**7.243

	9	2.037	0.889	1.278	1.123	**3.895
	10	2.481	0.841	1.426	1.039	**5.803
	11	2.389	0.738	0.741	0.955	**10.03
	12	2.185	0.779	0.685	0.843	**9.605
فرط النشاط الحركي	13	2.648	0.677	1.37	1.104	**7.25
	14	2.278	0.878	1.056	0.998	**6.759
	15	2.407	0.813	1.185	0.953	**7.169
	16	2.481	0.72	1.222	1.11	**6.993
	17	2.056	0.96	1.204	1.139	**4.203
	18	2.259	0.873	1.019	0.921	**7.185
	19	2.37	0.831	1.444	1.04	**5.111
	20	1.963	1.098	1.5	1.194	*2.098
	21	2.63	0.76	2.056	0.96	**3.446
	22	2.778	0.538	1.815	1.047	**6.01
	23	2.241	0.867	0.852	1.017	**7.636
	24	2.426	0.767	0.926	0.988	**8.813
	25	2.426	0.662	1.056	1.089	**7.904
الاندفاعية	26	2.407	0.74	1.204	1.088	**6.721
	27	2.389	0.738	0.778	0.861	**10.44
	28	2.537	0.665	0.796	0.877	**11.62
	29	2.519	0.72	1.574	1.109	**5.248
	30	2.352	0.914	1.13	0.891	**7.034
	31	2.111	1.04	0.981	1	**5.754
	32	2.389	0.92	1.87	1.065	**2.708
	33	2.463	0.926	1.444	0.925	**5.72
	34	2.259	0.994	1	0.824	**7.166
	35	2.278	0.899	0.815	0.933	**8.297
	36	2.093	0.976	0.833	0.841	**7.18
الأعراض المصاحبة	37	2.389	0.878	0.889	0.839	**9.076
	38	2.389	0.763	1.093	0.937	**7.884
	39	2.278	0.94	1.222	0.945	**5.819

**7.412	0.91	0.759	0.984	2.111	40	
**7.683	0.926	0.537	1.073	2.019	41	
**6.952	0.816	0.704	0.976	1.907	42	
**7.043	0.793	0.556	1.047	1.815	43	
**8.781	0.693	0.463	0.953	1.87	44	
**8.417	0.771	0.519	1.019	1.981	45	
**6.325	0.947	0.833	1	2.019	46	
**8.18	0.994	0.741	0.91	2.241	47	
**7.577	0.907	0.685	0.921	2.019	48	
**4.906	0.769	0.444	1.235	1.426	49	
**6.451	0.816	0.444	1.102	1.648	50	
**5.471	0.787	0.722	1.119	1.741	51	

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

*دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)

2- صدق المقياس :-

أن المقياس الصادق هو المقياس الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها الاختبار، والدرجة التي يكون فيها قادراً على تحقيق أهداف محددة تتمثل في قياس الظاهرة المدروسة (Stanley&Hopkins,1972:101) ، والصدق يدلل على قياس الفقرات لما يفترض أن تقيسه (Oppanheim,1973:69-70) . وقد تم التحقق من صدق مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي (الصورة المدرسية) من خلال الطرق الآتية:

أ- الصدق الظاهري:

لتحقيق هذا الصدق عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء والمختصين للحكم على مدى صلاحية العبارات، ومدى انتمائها للمجال، ومدى ملائمة البدائل للفقرات، وتعديل الفقرات التي تحتاج إلى تعديل، ويستخدم هذا النوع من الصدق للتأكد من أن الفقرات تقيس ما وضعت لقياسه(الطيب، 1990:

293). وهو مدى قياسها وتشخيصها لاضطراب تشتت الانتباه وفــرط النــشاط الحركي لدى أطفال الروضة.

وقد تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس عندما عرضت فقراته علـــى مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لغرض تقييمها. ملحق (4)

ب- صدق البناء:

ويقصـــــد به تحليل درجات المـــــقياس اســـــتناداً إلى البناء النفـــسـي للظاهرة المقاسه(Stanley&Hopkins,1972:111) .

وهو عبارة عن المدى الذي يمكن أن نقرر بموجـــــبه أن المقياس يقـــيس بناءً نظرياً محدداً (Anastasia,1976:151).

وقد تحقق صدق البناء من خلال أيجاد العلاقـــة الارتباطيـــة بـــين درجـــة الاستجابة عن الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس (معامل الاتساق الداخلي) حيث تعد الدرجة الكلية للمقياس بمثابة قياسات معياريه آنية Immediate Criterion Measures من خلال ارتباطها مع أي من درجات المستجيبين علـــى الفقـــرات، وبالتالي فإن ارتباط درجة الفقرة مع الدرجة الكلية يعني أن الفقرة تقـــيس نفـــس المفهوم الذي يقيسه المقياس (Stanley&Hopkins,1972:111).

وتم حساب الاتساق الداخلي أيضاً من خلال أيجاد العلاقة الارتباطية بـــين درجة المستجيب على الفقرة ومجالها الفرعي. وفي ضوء هذا المؤشر تم الإبقـــاء على الفقرات التي أظهرت معاملات ارتباط دالة بالمجـــــــال الفرعـــــي الـــذي تنتمـــي إليه والدرجـــــة الكليـــة للمقياس (Anastasi,1976:154) .

وأظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات ومجالاتها وبينها وبـــين الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) ماعدا الفقرة (20) كانت دالـــة عند مستوى دلالة (0.05) عند ارتباطها بالدرجة الكلية وهذا يشير إلى صدق بناء جميع فقرات مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفـــرط النـــشاط الحركـــي (الـــصورة المدرسية) وكما يظهر في جدول (12) .

جدول(12)قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمجال والفقرات والدرجة الكلية

الفقرات	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	الفقرات	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
1	**0.60	**0.49	27	**0.65	**0.54
2	**0.80	**0.62	28	**0.64	**0.62
3	**0.57	**0.48	29	**0.50	**0.36
4	**0.61	**0.46	30	**0.55	**0.46
5	**0.79	**0.66	31	**0.56	**0.47
6	**0.66	**0.50	32	**0.45	**0.22
7	**0.70	**0.57	33	**0.61	**0.35
8	**0.59	**0.47	34	**0.58	**0.47
9	**0.47	**0.32	35	**0.63	**0.49
10	**0.45	**0.43	36	**0.54	**0.38
11	**0.69	**0.58	37	**0.54	**0.53
12	**0.65	**0.54	38	**0.38	**0.56
13	**0.53	**0.48	39	**0.40	**0.37
14	**0.55	**0.42	40	**0.58	**0.50
15	**0.62	**0.50	41	**0.68	**0.53
16	**0.66	**0.50	42	**0.65	**0.51
17	**0.48	**0.28	43	**0.62	**0.49
18	**0.49	**0.46	44	**0.66	**0.54
19	**0.59	**0.38	45	**0.66	**0.52
20	**0.39	*0.16	46	**0.60	**0.46
21	**0.41	**0.25	47	**0.59	**0.49
22	**0.59	**0.39	48	**0.57	**0.43
23	**0.57	**0.48	49	**0.51	**0.36

24	**0.63	**0.54	50	**0.61	**0.47
25	**0.72	**0.56	51	**0.45	**0.39
26	**0.58	**0.46			

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

كما تم استخراج معامل الارتباط بين مجالات المقياس مع بعضها الـبعض لمعرفة إسهام كل منها في قياس وتشخيص الاضطراب، ونتيجة لهـذا الإجـراء أتضح أن جميع معاملات الارتباط بين المجـالات كانـت موجبـة وذات دلالـه إحصائية عند مستوى (0.01) وكما يظهر في جدول (13). وبهـذه الإجـراءات تحقق صدق بناء المقياس.

جدول (13)ارتباط مجالات مقياس الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية

المجالات	تشتت الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية	الأعراض المصاحبة	الدرجة الكلية
تشتت الانتباه					
فرط النشاط	**0.41				
الاندفاعية	**0.43	**0.54			
الأعراض المصاحبه	**0.66	**0.46	**0.46		
الدرجة الكلية	**0.81	**0.75	**0.75	**0.84	

** دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

ج-صدق المحك:-

يشير هذا النوع من الصدق إلى العلاقة بين نتائج الأداة المراد التحقق من صدقها بدلالة محك، ويمكن أن يكون المحك في هذه الحالة أداة أخرى تقيس نفس السمة المـراد قياسها (عباس وآخرون،2007: 263).

ولغرض تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمد صدق التلازم من خلال تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) مع كل من المقاييس التشخيصية الآتية:

1- المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل(DSM-IV-TR) والمعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية لقياس وتشخيص الاضطراب.

2- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) المعربة والمقننة من قبل السيد السمادوني لقياس وتشخيص الاضطراب.

وتتمتع هذه المقاييس بدرجة عالية من الصدق وتم اعتمادها كمحكات أساسية للصدق في دراسات عديدة تناولت الاضطراب عند الأطفال كدراسة (دبيس والسمادوني،1998: 88-121)، و(احمد و بدر،1999: 40-154)، و(عبد الله،2000: 22-41)، و(احمد،2004: 37-91)، و(بدر،2005: 167-197).

وقد طبقت هذه المقاييس في نفس الفترة الزمنية التي طبق فيها المقياس بغرض تشخيص الأطفال المضطربين. وأظهرت نتائج معاملات الارتباط بين هذه المقاييس والمقياس الحالي للبحث وجود علاقة ارتباطيه موجبة عند مستوى دلالة (0.01). حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للجمعية الأمريكية والمقياس الحالي (الصورة المدرسية) (0.79)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين قائمة كونرز المعربة والمقياس الحالي (الصورة المدرسية) (0.78) مما يشير إلى أن المقياس الحالي يتمتع بصدق بدلالة المحك.

3- ثبات المقياس :-

يعني الثبات الاتساق في نتائج الاختبار (Marshall,1972:104) والمقياس الثابت هو المقياس الذي يمكن الاعتماد عليه (Kerlinger,1973:.425).

وقد تم استخراج ثبات المقياس الحالي بطريقة التجزئة النصفية وكالتالي:

❖ **طريقة التجزئة النصفية :-**

لغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة، قسمت فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) إلى نصفين أعلى وأدنى وللتحقق من تجانس النصفين قبل استخراج الثبات بهذه الطريقة استخرجت النسبة الفائية F-Ratio (Ferguson&Takane,1989:203).

حيث بلغت قيمة النسبة الفائية المحسوبة بين درجات النصفين في المقياس (الصورة المدرسية) (1.06) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)عند مقارنتها مع القيمة الجدولية وبذلك تحقق شرط التجانس بين النصفين، بعد ذلك استخرج معامل ارتباط بيرسون بين درجات النصفين فبلغ (0.75). وباستخدام معادلة جتمان التصحيحية بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.86) وهي قيمة عالية وتدل على معامل ثبات جيد (البياتي وأثناسيوس، 1977: 204) (عبد الهادي وفاروق ،1994: 227) .

وبنفس الطريقة استخرج الثبات لمجالات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) وقد تراوح الثبات بين المجالات الأربعة للمقياس (0.77 – 0.80) وهي قيم جيدة ودالة على ثبات جيد لمجالات المقياس وكما يظهر في جدول (14).

جدول (14)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (الصورة المدرسية).

المجال / الطريقة	تشتت الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية	الأعراض المصاحبة	الكلي
ارتباط بيرسون(قبل التصحيح)	0.67	0.65	0.64	0.63	0.75
الثبات (بعد التصحيح) بمعادلة جتمان التصحيحية	0.80	0.79	0.78	0.77	0.86

4- طريقة تصحيح المقياس:-

تم تصحيح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) والذي يحتوي على (51) فقرة بإعطاء درجة تتراوح بين (0- 3) لكل استجابة. فإذا كانت الاستجابة على البديل لا يحدث يحصل الطفل على (0) درجة، ويحدث نادراً (1) درجة، و يحدث أحياناً (2) درجة، ويحدث دائماً (3) درجة.

وبما أن المقياس يحتوي على (51) فقرة، لذا فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب تساوي (153) وأدنى درجة (0) والدرجة المتوسطة (76.5) درجة وهي تمثل المتوسط الفرضي للمقياس، وكلما كانت الدرجة عالية كان الاضطراب شديداً والعكس صحيح.

5- الخطأ المعياري للقياس:-

لأغراض الدقة في تفسير الدرجات استخرج الخطأ المعياري للقياس فعندما يكون هذا الخطأ قليلاً تكون الدرجات دقيقة. والعكس صحيح (تايلر،1983: 85).

والخطأ المعياري للقياس يعود إلى الاختلاف بين درجات القياس التي تم الحصول عليها والدرجات الحقيقية (Ferguson&Takane,1989:475) .

وبعد تطبيق معادلة الخطأ المعياري لمقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) تبين أن قيمة خطأ القياس تساوي (0.13) عندما كان معامل الثبات المستخرج بطريقة التجزئة النصفية يساوي (0.86).

لذا فإن الدرجة الحقيقية للمستجيب = درجته على المقياس ± الخطأ المعياري للقياس

فإذا حصل الطفل في الصورة المدرسية على الدرجة (115) في مقياس تشخيص الاضطراب فإن درجته الحقيقية في هذه الصورة تقع ضمن المدى (115± 0.13) أي بين (115.13ـــ 114.87) .

من خلال تلك الإجراءات أصبح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بصيغته النهائية يتكون من (51) فقرة موزعة على أربعة مجالات فرعية تمثل اضطراب تشتت الإنتباه وفرط النشاط الحركي. ملحق(5)

وتظهر عملية توزيع الفقرات بين المجالات كما في جدول (15).

جدول (15)

توزيع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية) بين مجالاته

المجال	أرقام الفقرات
تشتت الانتباه	1- 12
فرط النشاط	13-25
الاندفاعية	26-36
الأعراض المصاحبة	37-51

ز-الدراسة الاستطلاعية الثانية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الثانية بهدف التعرف إلى مدى وضوح التعليمات والفقرات من حيث الصياغة والمعنى، ومتوسط الوقت المستغرق في الاستجابة عن فقرات المقياس.

شملت هذه الدراسة (15) طفلاً وطفلة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من بين (4) روضات تم اختيارها عشوائياً. وقد تولت المربيات مهمة تقدير سلوك الأطفال. وكما موضح في جدول (16).

جدول (16)

توزيع الأطفال بين عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية .

م	أسم الروضة	أعداد الأطفال
1	روضة جنة المعارف	4
2	روضة الأمجاد	3
3	روضة محمد علي عثمان	4
4	روضة زهور الوحدة	4
	الإجمالي	**15**

وقد ناقشت الباحثة المربيات عن مدى وضوح التعليمات والفقرات الواردة في المقياس، وبهدف حساب الوقت المستغرق في الاستجابة. تبين من خلال هذا التطبيق أن التعليمات والفقرات كانت واضحة وان متوسط الوقت المستغرق في الاستجابة على المقياس تتراوح بين (20- 25) دقيقة.

ح-التطبيق النهائي للمقياس:

لغرض تشخيص الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط، والأطفال المضطربين الذين سيخضعون لبرنامج تعديل السلوك خاصة. تم تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بصورته النهائية على الأطفال بالاستعانة بالمربيات في الروضة.

حيث طلب من المربيات الحاضرات مع الأطفال لفترة تتراوح من (4-6) أشهر على الأقل تشخيص الأطفال الذين يظهرون سلوكاً يتسم بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورة واضحة داخل الفصل وبشكل ملفت للنظر.

وتتفق هذه الإجراءات مع الشروط التي أوردها الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية والتي تمت الإشارة إليها في فصل الخلفية النظرية في محور تشخيص الاضطراب (APA,2000:269-271). بعدها طلب من كل مربية أن تقدر سلوك الأطفال من قبلها.

وبعد تلك الإجراءات جمعت الاستجابات من المربيات لغرض تحديد الدرجة الكلية لكل طفل. حيث يعد الطفل مضطرباً إذا حصل على الدرجة (102) فما فوق من مجموع (153) أي بنسبة (0.67) من الدرجة الكلية للمقياس. وهي النسبة المعتمدة في تشخيص الاضطراب كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والذي اعتمد في دراسات عديدة أجريت لإغراض تشخيص الاضطراب عند الأطفال كدراسات (دبيس والسمادوني،1998)،(احمد و بدر،1999)،(احمد،2000)،(عبد الله،2000)،(بدر،2005)، (الفلفلي،2005).

ثانياً:خطوات إعداد مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المنزلية)

لغرض إعداد مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورته المنزلية اتبعت الباحثة نفس الخطوات السابقة المتبعة في إعداد مقياس تشخيص الاضطراب في (الصورة المدرسية) وكالآتي:

- **تعريف موضوع القياس وتحديد مجالاته:**

تم تعريف الموضوع المراد قياسه وتحديد مجالات تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بعد اطلاع الباحثة على المقاييس التشخيصية والقوائم التقديرية للسلوك الذي يظهره الأطفال المضطربون في البيئة المنزلية والتي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بقياس وتشخيص الاضطراب عند الأطفال والتي تم الإشارة إليها في إعداد مقياس تشخيص الاضطراب في (الصورة المدرسية).

وقد تم تحديد المجالات الرئيسية للمقياس بصورته المنزلية بأربعة مجالات رئيسية هي:

1- مجال تشتت الانتباه.

2- مجال فرط النشاط الحركي.

3- مجال الاندفاعية.

4- مجال الأعراض المصاحبة.ملحق(1)

ولغرض التأكد من صلاحية تعريف الاضطراب ومجالات قياسه عرض على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لبيان آرائهم فيها. ملحق (2)

وقد تبين من استجابات المحكمين أنهم متفقون بنسبة 100% على صلاحية تعريف الاضطراب والمجالات الأربعة التي أعدت لقياس الاضطراب (الصورة المنزلية)المعروضة عليهم وبذلك عدت هذه المجالات صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

ب- صياغة فقرات مجالات المقياس:

لغرض ضمان صياغة فقرات مناسبة للمجالات الأربعة التي تم تحديدها لمقياس تشخيص الاضطراب (بصورته المنزلية) قامت الباحثة بإتباع الخطوات الآتية:

1- الاطلاع على الفقرات التي أوردتها المقاييس والقوائم السلوكية التي شخصت الاضطراب في البيئة المنزلية.

2- الاطلاع على الأدبيات والدراسات التي تناولت الاضطراب.

3- إجراء المقابلات مع بعض أمهات الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم من قبل مربياتهم في الروضة بأنهم يتصفون بالاضطراب للتعرف على بعض الخصائص السلوكية التي يمكن أن يظهرها الطفل الذي يتصف بالاضطراب أثناء تواجده في المنزل و الإفادة منها في صياغة فقرات المقياس (الصورة المنزلية) والتي ستجيب عنها الأم في المنزل.

في ضوء الإجراءات السابقة تم صياغة (48) فقرة بصورتها الأولية توزعت بين مجالات (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع(11،12،12،13) فقرة على التوالي. ملحق (1)

ج- صلاحية الفقرات:

لغرض التعرف إلى مدى صلاحية صياغة الفقرات بصورتها الأولية وعددها (48) فقرة عرضت على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والطب للحكم على مدى مناسبتها في قياس كل مجال من مجالات المقياس في الصورة المنزلية، ووضوح صياغتها، ومدى ملائمة بدائل الإجابة عنها، والتعديل المناسب لها أن وجد.ملحق(2)

وفي ضوء استجابات الخبراء المختصين والمناقشات التي جرت معهم حذفت، وعدلت بعض الفقرات وكما موضح في جدول (17)

جدول (17)

مجالات المقياس وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحولة

المجال	أرقام الفقرات المحذوفة	أرقام الفقرات المعدلة	أرقام الفقرات المضافة	أرقام الفقرات المحولة	مجموع فقرات المجال
تشتت الانتباه	11	1، 3	-----	----------	10
فرط النشاط	19	12، 20	-----	------------	11
الاندفاعية	-------	25، 27	------	------------	12
الأعراض المصاحبة	44، 47	37	--------	------------	11
المجموع الكلي لفقرات المقياس					44

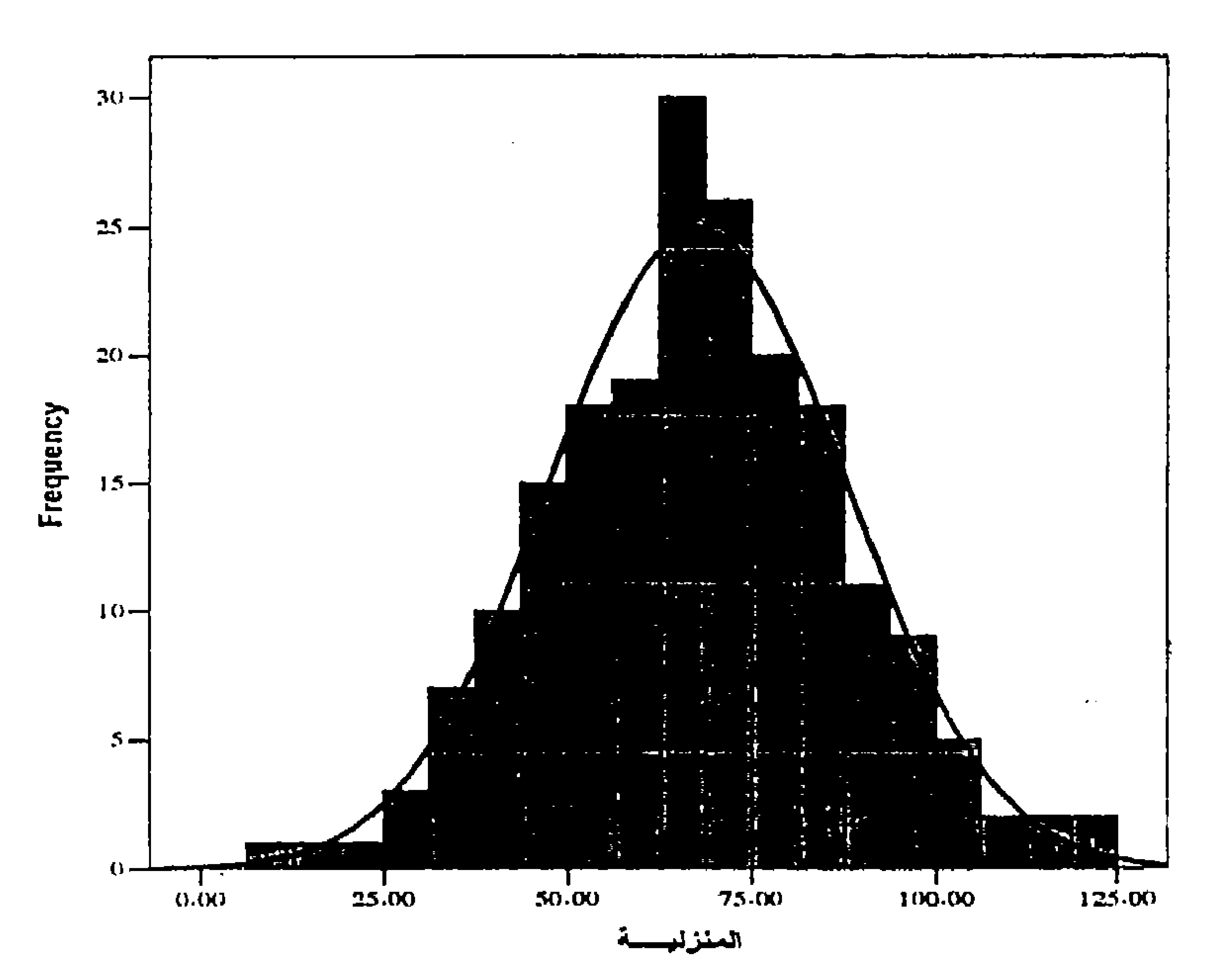
وبعد عملية الحذف والتعديل لبعض الفقرات أصبح عدد فقرات المقياس (44) فقرة تتوزع بين المجالات (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع(10،11،12، 11) فقرة على التوالي.ملحق(3)

ثم عرضت التعديلات وتعليمات المقياس الذي تسترشد به الأمهات على مجموعة ثانية من الخبراء المختصين في التربية وعلم النفس.ملحق (4) بهدف التأكد من صلاحية الإضافات والتعديلات التي تمت على المقياس وبناءً على ذلك الإجراء حصلت جميع الفقرات على نسبة اتفاق تتراوح بين (90%-100%) وبذلك أصبح عدد الفقرات الخاضعة للتحليل (44) فقرة توزعت بين مجالات

المقياس (تشتت الانتباه،وفرط النشاط،والاندفاعية،والأعراض المصاحبة) بواقـــع (10،11،12، 11) فقرة على التوالي.ملحق(3)

د- الدراسة الاستطلاعية الأولية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الأولية على نفس عينة الأطفال الذين طبقت علـــيهم الصورة المدرسية. وقامت الأمهات في المنزل بالإجابة نيابة عنهم. والغرض من هـــذا الإجراء هو تحليل فقرات المقياس إحصائياً، وبعد تطبيق المقياس وحساب درجات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية تبين أنها توزعت بيانياً على النحو المعـــروض فـــي شكل (2).



شكل(2)

توزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية بيانياً على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية)

يتبين من شكل(2) أن درجات العينة على الصورة المنزلية تراوحت بين (12-125) بمتوسط حسابي (67.75) وانحراف معياري قدره (20.0) وتفرطح (0.07) والتواء (0.12).

ولما كان توزيع الدرجات يقترب من التوزيع الاعتدالي قامت الباحثة باستخدام الإحصاء البارامتري في الخطوات اللاحقة من عملية التحليل.

هـ- التحليل الإحصائي للفقرات:-

لغرض أجراء عملية تحليل الفقرات إحصائياً استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك بغرض استخراج القوة التمييزية، والصدق، والثبات للمقياس وكالآتي:

1-القوة التمييزية للفقرات:

لغرض معرفة القوة التمييزية لفقرات المقياس اتبعت الخطوات الآتية:

أولاً- تحديد الدرجة الكلية عند جميع الأطفال على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية).

ثانياً- ترتيب درجات الأطفال تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة.

ثالثاً-اختيرت نسبة (27%) من أعلى الدرجات، ولـ (27%) من الدرجات الدنيا، وبذلك تم تحديد مجموعتين متطرفتين بأكبر حجم وأقصى تمايز ممكن. وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الأطفال في كل مجموعة (54) طفلاً وطفلة.

رابعاً- تطبيق اختبار (ت) t - test لعينتين مستقلتين متساويتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في الإجابة عن كل فقرة، وعدت القيمة التائية مؤشراً لتمييز كل فقرة.

نتيجة للتحليل الإحصائي تبين أن جميع فقرات المقياس كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) في الصورة المنزلية عدا الفقرة (13) في مجال فرط النشاط كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وكما موضح في جدول(18)

جدول(18)نتائج اختبار(ت) لفقرات مقياس تشتت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين العليا والدنيا (الصورة المنزلية)

مجالات المقياس	الفقرات	27% العليا ن=(54)طفل		27% الدنيا ن=(54)طفل		القيمة التائية المستخرجة
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
تشتت الانتباه	1	1.93	0.97	0.67	0.73	**7.64
	2	2.19	0.78	0.69	0.84	**9.61
	3	2.28	0.81	0.52	0.80	**11.40
	4	2.19	0.95	0.91	0.88	**7.30
	5	1.80	1.16	0.60	0.74	**6.45
	6	2.04	0.89	1.29	1.12	**3.90
	7	2.13	0.95	0.44	0.72	**10.38
	8	2.48	0.72	1.22	1.11	**6.99
	9	2.78	0.54	1.82	1.05	**6.01
	10	1.59	1.04	0.37	0.59	**7.52
فرط النشاط	11	2.17	0.97	0.85	0.92	**7.24
	12	2.13	0.91	0.56	0.69	**10.11
	13	1.96	1.10	1.5	1.19	*2.10
	14	2.48	0.84	1.43	1.04	**5.80
	15	2.39	0.74	0.74	0.96	**10.03
	16	2.41	0.81	1.19	0.95	**7.17
	17	2.65	0.68	1.37	1.10	**7.25
	18	2.28	0.89	1.06	0.99	**6.76
	19	2.41	0.74	1.20	1.09	**6.72
	20	2.06	0.96	1.20	1.14	**4.20
	21	2.26	0.87	1.02	0.92	**7.19
الاندفاعية	22	2.37	0.83	1.44	1.04	**5.11
	23	2.43	0.66	1.06	1.09	**7.90
	24	2.43	0.77	0.93	0.99	**8.81

	25	2.24	0.87	0.85	1.02	**7.64
	26	2.63	0.76	2.06	0.96	**3.36
	27	1.74	1.12	0.72	0.79	**5.47
	28	2.02	0.92	0.67	0.91	**7.58
	29	1.65	1.10	0.44	0.82	**6.45
	30	1.43	1.25	0.43	0.77	**4.91
	31	2.24	0.91	0.74	0.99	**8.18
	32	2.02	1	0.83	0.95	**6.33
	33	1.98	1.02	0.52	0.77	**8.42
الأعراض المصاحبة	34	1.78	0.95	0.46	0.69	**8.78
	35	2.39	0.74	0.78	0.86	**10.44
	36	1.82	1.05	0.56	0.79	**7.04
	37	2.54	0.67	0.80	0.88	**11.62
	38	1.91	0.98	0.70	0.82	**6.95
	39	2.52	2.70	1.57	1.11	**5.25
	40	2.02	1.07	0.54	0.93	**7.68
	41	2.35	0.91	1.13	0.89	**7.03
	42	2.11	0.98	0.76	0.91	**7.41
	43	2.11	1.04	0.98	1	**5.75
	44	2.28	0.94	1.22	0.95	**5.82

** دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

* دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)

2- صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بالطرق الآتية:

أ- الصدق الظاهري:

لتحقيق الصدق الظاهري عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء والمختصين للحكم على مدى صلاحية العبارات، ومدى انتمائها للمجال، ومدى ملائمة البدائل للفقرات، وتعديل الفقرات التي تحتاج إلى تعديل.

وقد تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس عندما عرضت فقراته على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لغرض تقييمها. ملحق (4)

ب- صدق البناء :-

تحقق صدق البناء من خلال أيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الاستجابة عن الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس (معامل الاتساق الداخلي).

وتم حساب الاتساق الداخلي أيضاً من خلال أيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الفرد على الفقرة ومجالها الفرعي. وفي ضوء هذا المؤشر تم الإبقاء على الفقرات التي أظهرت معاملات ارتباط دالة بالمجال الفرعي الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية للمقياس.

وأظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات ومجالاتها وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وهذا يشير إلى صدق بناء جميع فقرات المقياس في صورته المنزلية وكما يظهر في جدول (19).

جدول (19) قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمجال والفقرات والدرجة الكلية (الصورة المنزلية)

الفقرات	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	الفقرات	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
1	0.63**	0.57**	23	0.55**	0.51**
2	0.73**	0.59**	24	0.62**	0.54**
3	0.52**	0.35**	25	0.52**	0.39**
4	0.60**	0.49**	26	0.57**	0.48**
5	0.75**	0.66**	27	0.62**	0.54**
6	0.58**	0.44**	28	0.53**	0.57**
7	0.67**	0.55**	29	0.51**	0.40**
8	0.56**	0.38**	30	0.58**	0.45**
9	0.48**	0.44**	31	0.54**	0.44**
10	0.30**	0.27**	32	0.47**	0.33**
11	0.66**	0.61**	33	0.58**	0.36**
12	0.60**	0.59**	34	0.52**	0.42**
13	0.64**	0.53**	35	0.55**	0.52**
14	0.49**	0.43**	36	0.61**	0.44**
15	0.60**	0.52**	37	0.62**	0.52**
16	0.65**	0.49**	38	0.53**	0.57**
17	0.51**	0.33**	39	0.46**	0.49**
18	0.53**	0.52**	40	0.71**	0.60**
19	0.60**	0.51**	41	0.65**	0.56**
20	0.47**	0.33**	42	0.67**	0.54**
21	0.46**	0.24**	43	0.62**	0.56**
22	0.63**	0.41**	44	0.69**	0.61**

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

كما تم استخراج معامل الارتباط بين مجالات المقياس مع بعضها البعض لمعرفة إسهام كل منها في قياس وتشخيص الاضطراب، ونتيجة لهـذا الإجـراء أتضح أن جميع معاملات الارتباط بين المجـالات كانـت موجبـة وذات دلالـه إحصائية عند مستوى (0.01). وكما يظهر في جدول (20)

جدول (20)ارتباط مجالات مقياس الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية(الصورة المنزلية) .

	تشتت الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية	الأعراض المصاحبة	الدرجة الكلية
تشتت الانتباه					
فرط النشاط	**0.50				
الاندفاعية	**0.56	**0.65			
الأعراض المصاحبه	**0.70	**0.51	**0.54		
الدرجة الكلية	**0.84	**0.79	**0.81	**0.86	

** دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

ج- صدق المحك:

لغرض تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمد صدق التلازم من خلال تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) مع كل من المقاييس التشخيصية الآتية:

1- المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل(DSM-IV-TR) والمعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية لقياس وتشخيص الاضطراب.

2- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفـل Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) المعربة والمقننة من قبل السيد السمادوني لقياس وتشخيص الاضطراب.

وقد طبقت هذه المقاييس في نفس الفترة الزمنية التي طبق فيهـا المقيـاس بصورتيه المدرسية والمنزلية بغرض تشخيص الأطفال المضطربين. وأظهـرت نتائج معاملات الارتباط بين هذه المقاييس ومقياس تشخيص الاضطراب (الصورة

المنزلية) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة عند مستوى دلالة (0.01). حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للجمعية الأمريكية والمقياس الحالي (الصورة المنزلية) (0.75)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين قائمة كونرز المعربة والصورة المنزلية (0.74) مما يشير إلى أن الصورة المنزلية تتمتع بصدق بدلالة المحك.

3- ثبات المقياس:

استخراج ثبات المقياس الحالي بطريقة التجزئة النصفية وكالتالي:

❖ **طريقة التجزئة النصفية:-**

لغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة، قسمت فقرات المقياس إلى نصفين أعلى وأدنى وللتحقق من تجانس النصفين استخرجت النسبة الفائية حيث بلغت قيمة النسبة الفائية المحسوبة بين درجات النصفين في الصورة المنزلية (1.11) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)عند مقارنتها مع القيمة الجدولية وبذلك تحقق شرط التجانس بينهما، بعد ذلك استخرج معامل ارتباط بيرسون بين درجات النصفين فبلغ (0.79) وباستخدام معادلة جتمان التصحيحية بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.89) وهي قيمة عالية وتدل على معامل ثبات جيد.

وبنفس الطريقة استخرج الثبات لمجالات المقياس وقد تراوحت قيم الثبات بين المجالات الأربعة للمقياس مابين (0.73-0.84) وهي قيم جيدة ودالة على ثبات جيد لمجالات المقياس وكما يظهر في جدول (21).

جدول (21)معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (الصورة المنزلية)

المجال / الطريقة	تشتت الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية	الأعراض المصاحبة	الكلي
ارتباط بيرسون(قبل التصحيح)	0.59	0.60	0.58	0.73	0.79
الثبات (بعد التصحيح) بمعادلة جتمان التصحيحية	0.74	0.74	0.73	0.84	0.89

4- طريقة تصحيح المقياس:

تم تصحيح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) الذي يحتوي على (44) فقرة بإعطاء درجة تتراوح بين (0- 3) لكل استجابة. فإذا كانت الاستجابة على البديل لا يحدث يحصل الطفل على (0) درجة، ويحدث نادراً (1) درجة، و يحدث أحياناً (2) درجة، ويحدث دائماً (3) درجة.

وبما أن المقياس يحتوي على(44) فقرة، لذا فإن أعلى درجة تساوي (132) وأدنى درجة (0) والدرجة المتوسطة (66)درجة وهي تمثل المتوسط الفرضي للمقياس، وكلما كانت الدرجة عالية كان الاضطراب شديداً والعكس صحيح.

5- الخطأ المعياري للقياس:

بعد تطبيق معادلة الخطأ المعياري للقياس تبين أن قيمة خطأ القياس في الصورة المنزلية يساوي (0.11) عندما كان معامل الثبات المستخرج بطريقة التجزئة النصفية يساوي (0.89)

لذا فإن الدرجة الحقيقة للمستجيب = درجته على المقياس ± الخطأ المعياري للقياس

فإذا حصل الطفل في الصورة المنزلية على الدرجة (115) فإن درجته تقع ضمن المدى (115± 0.11) أي بين (115.11– 114.89)

من خلال تلك الإجراءات أصبح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) بصيغته النهائية يتكون من (44) فقرة موزعة على مجالات المقياس. ملحق(5)

وقد توزعت هذه الفقرات بين أربعة مجالات فرعية وكما يظهر في جدول (22).

جدول (22)توزيع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المنزلية) بين مجالاته

المجال	أرقام الفقرات
تشتت الانتباه	10-1
فرط النشاط	21 -11
الاندفاعية	33 -22
الأعراض المصاحبة	44 -34

و- الدراسة الاستطلاعية الثانية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الثانية بهدف التعرف إلى مدى وضوح التعليمات والفقرات من حيث الصياغة والمعنى، ومتوسط الوقت المستغرق في الاستجابة ولذا قامت الباحثة بتطبيق المقياس على نفس عينة الأطفال التي اختيرت في الدراسة الاستطلاعية الثانية لتطبيق الصورة المدرسية وقد تولت الأمهات مهمة تقدير سلوك الأطفال. وكما يظهر في جدول (23)

جدول (23)

توزيع الأطفال بين عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية .

م	أسم الروضة	أعداد الأطفال
1	روضة جنة المعارف	4
2	روضة الأمجاد	3
3	روضة محمد علي عثمان	4
4	روضة زهور الوحدة	4
	الإجمالي	**15**

وقد ناقشت الباحثة الأمهات عن مدى وضوح التعليمات والفقرات الواردة في الصورة المنزلية، والوقت المُستغرق في الإجابة. وتبين من خلال هذا التطبيق أن التعليمات والفقرات كانت واضحة للأمهات وان متوسط الوقت المستغرق في الإجابة تراوح بين (20-25) دقيقة.

ز- التطبيق النهائي للمقياس:

لغرض تشخيص الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في البيئة المنزلية. تم تطبيق مقياس تشخيص الأضطراب(الصورة المنزلية) بصورته النهائية على الأطفال بالاستعانة بالأمهات في المنزل.

حيث أرسل لأمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبل المربيات بأنهم يظهرون سلوكاً يتسم بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورة واضحة داخل الفصل وبشكل ملفت للنظر صورة المقياس الخاصة بالمنزل لغرض الإجابة عنها.

وبعد تلك الإجراءات جمعت الاستجابات من أمهات الأطفال لغرض تحديد الدرجة الكلية لكل طفل. حيث يعد الطفل مضطرباً إذا حصل على الدرجة (88) فما فوق من مجموع (132) أي بنسبة (0.67) من الدرجة الكلية للمقياس. وهي النسبة المعتمدة في تشخيص الاضطراب كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والذي اعتمد في دراسات عديدة أجريت لإغراض تشخيص الاضطراب عند الأطفال كدراسات (دبيس والسمادوني،1998: 88-121)، (احمد و بدر،1999: 40-154)، (عبد الله،2000: 22-41) (احمد،2004: 37-91)، (بدر،2005: 167-197)، (الفلفلي،2005: 191-206).

2- برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

يعد برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط المتغير المستقل في البحث الحالي. ولغرض إعداد برنامج يتناسب وعمر العينة وخصوصية مجتمع البحث اعتمدت الباحثة المراحل والإجراءات الآتية:

المرحلة الأولى:مرحلة التمهيد.

تضمنت هذه المرحلة الخطوات الآتية:

1- الأسس النظرية للبرنامج:

استند إعداد البرنامج الحالي على أسس ومفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك والتي تعد السلوك الإنساني سلوكاً مكتسباً من خلال عملية التعلم، بمعنى انه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك في محوه وإطفائه،

والنظر إليه مباشرة دون البحث بالأسباب التي أدت إلى حدوثه والتعامل معه وفقاً لقاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم سكنر إلا وهي (السلوك محكوم بنتائجه) (القاسم وآخرون،2000: 179).

وتعتمد هذه النظرة على افتراض أن المشكلات قد تكون نتاج عوامل بيئية تؤدي إلى زيادة أو نقص في مظاهر سلوكية معينة لدى الطفل انطلاقاً من كونه لا يعيش بمعزل عن بيئته بل يتفاعل معها ويؤثر ويتأثر بها. ولذا تعمل البيئة على تقوية سلوكيات محددة باستخدام أساليب الثواب أو التدعيم والتعزيز وقد تعمل على خفض بعض السلوكيات من خلال العقاب واللوم والتنفير (ماريون،1997: 25).

وقد استند البرنامج السلوكي إلى الأسس النظرية التالية:

1- التأكيد على السلوك الظاهر للطفل دون البحث في الأسباب التي تكمن خلفه دون الاعتماد على العمليات الداخلية والوسيطة.

2- أن السلوك المضطرب نتيجة تعلم وتكيف خاطئين.

3- السلوك متعلم لذا يمكن تشكيله أو إكسابه أو محوه أو إطفائه.

4- أن السلوك غير السوي للطفل حدث نتيجة لخبرات يمكن التخلص منها عن طريق التحكم بالمثيرات البيئية المحيطة بالطفل.

5- السلوك المضطرب عبارة عن عادلت سلوكية خاطئة حدثت نتيجة ارتباطات عن طريق منعكسات شرطية يتم استبدالها بمنعكسات شرطية سوية.

6- التأكيد على تعميم الاستجابة الصحيحة في المواقف السلوكية المشابهة.

7- أن التعزيز يعمل على تكرار السلوك المناسب للطفل وتجاهل السلوك غير المناسب.

2-محددات اختيار محتوى البرنامج:

روعي في اختيار محتوى برنامج تعديل سلوك الأطفال مجموعة من المحددات التي تتفق وخصائص المرحلة العمرية للأطفال الذين سيطبق عليهم البرنامج، والفنيات المناسبة لهم، وإمكان تطبيقها في بيئة الروضة. وهذه المحددات هي:

1- مراعاة خصائص الطفل ذو تشتت الانتباه وفرط النشاط.

2- تحديد السلوك المراد تعديله وتعريفه بوضوح.

3- ملاحظة السلوك المراد تعديله وجمع المعلومات عنه.

4- وضع خطة عملية لتعديل السلوك.

5- جعل خطة تعديل السلوك حلقة مترابطة ومتسلسلة.

6- التدرج في تعديل السلوكيات غير المرغوبة.

7- تحديد السلوك البديل المناسب لإكسابه للطفل بدلاً عن السلوك غير المرغوب.

8- أن يكون الطفل قادراً على القيام بالسلوك البديل بما يتناسب مع عمره وقدراته.

9- الاعتماد على فنيات النظرية السلوكية المتنوعة.

10- تقييم فاعلية الأساليب التي تم استخدامها.

المرحلة الثانية:إعداد محتوى البرنامج.

لغرض إعداد محتوى برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي في رياض الأطفال اتبعت الباحثة الخطوات المعتمدة في إعداد البرامج المشابهة وهي الآتي:

1- مراجعة أدبيات إعداد برامج تعديل السلوك:

اطلعت الباحثة على الأدبيات التي تناولت برامج تعديل السلوك لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط (إبراهيم وآخرون،1993)،

(إبراهيم،1998)، (القاسم وآخرون،2000)، (العزة وعبد الهادي،2001)، (الخطيب،2001)، (كامل،2003)، (الظاهر،2004)، (خلف الله،2004)، (اليوسفي،2005)، (الخشرمي،2004).

2- مراجعة أساليب تعديل السلوك في النظريات السلوكية والدراسات السابقة:

اطلعت الباحثة على نظريات المدرسة السلوكية التي تناسب تعديل السلوك المضطرب لدى الأطفال. كما اطلعت على الدراسات السابقة التي استخدمت أساليب تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط (الطالب،1987)، (إبراهيم،1995)، (الموافي،1995)، (السطحية،1997)، (دبيس والسمادوني،1998)، (شقير،1999)، (بخش،2001)، (الخشرمي،2005).

3- تصميم الإطار العام للبرنامج :

لغرض تصميم الإطار العام لبرنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى أطفال الروضة قامت الباحثة بما يأتي:

1- تحديد المشكلات:

تم تحديد المشكلات التي يعاني منها الأطفال المضطربون بتشتت الانتباه وفرط النشاط في الروضة بعد تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) المعد لإغراض البحث الحالي.

فضلاً عن استطلاع آراء مربيات الأطفال الذين يعانون من الاضطراب للتأكد من المشكلات التي يعانون منها فعلاً وحسب المجالات الرئيسية للاضطراب (تشتت الانتباه، فرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة).

وفي ضوء هذا الإجراء تم حصر المشكلات التي يعاني منها الأطفال المضطربون تبعاً للمجالات الرئيسية للاضطراب (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) وإعداد قائمة واحدة بهذه المشكلات بلغ مجموعها (56) مشكلة.ملحق(1)

2- صلاحية قائمة المشكلات:

لغرض التعرف إلى صلاحية قائمة المشكلات عرضت على مجموعة من المختصين في علم النفس للتأكد من وضوح صياغتها، وعدم تكرارها، والتعديل المناسب لها إن وجد. ملحق(2)

وفي ضوء ملاحظات المختصين استبقيت (51) مشكلة توزعت بين المجالات الرئيسية الأربعة (تشتت الانتباه، فرط النشاط الحركي، الاندفاعية، الأعراض المصاحبة) بواقع (12، 13، 15،11) مشكلة. ملحق(3)

وقد مثلت هذه المشكلات السلوك المحوري ومصدر الشكوى المطلوب تعديله عند الأطفال في برامج تعديل السلوك.

3- تطبيق قائمة المشكلات:

طبقت قائمة المشكلات على عينة الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب والبالغ عددهم (128) طفلاً وطفلة بالاستعانة بمربياتهم في الروضة للإجابة عن قائمة المشكلات التي يعاني منها كل واحد منهم في الروضة وذلك بهدف:

أ- ترتيب مجالات الاضطرابات حسب أولوياتها:

لترتيب مجالات الاضطراب حسب أولويتها تم استخراج الوسط المرجح وال المئوي لكل مجال من مجالات المقياس كما يظهر في جدول(24)

جدول(24)ترتيب مجالات مقياس تشخيص الاضطراب حسب الوسط المرجح والأوزان المئوية

المجال	عدد المشكلات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط المرجح	الوزن المئوي
فرط النشاط الحركي	13	32.1	4.54	2.47	82.3
الاندفاعية	11	26	5.26	2.36	78.7
تشتت الانتباه	12	27.5	4.70	2.29	76.3
الأعراض المصاحبة	15	30	6.35	2.00	66.7

يتبين من جدول (24) أن مجال فرط النشاط الحركي قد حصل على أعلى وزن مئوي يليه مجال الاندفاعية ثم مجال تشتت الانتباه وأخيراً مجال الأعـراض المصاحبة. ويعد هذا الإجراء أساساً في تنظيم محتوى البرنامج وتسلسل مجالاته.

ب- ترتيب المشكلات ضمن مجالات الاضطراب حسب أولويتها:

لترتيب المشكلات تبعاً لأولوياتها في كل مجال من مجالات الاضطراب تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن المئوي لكل مشكلة مـن المشكلات. كما يظهر في جداول (25) و(26) و(27) و(28)

جدول(25)ترتيب المشكلات في مجال النشاط الحركي حسب أوزانها المئوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي
1	غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.	2.91	0.29	97.0
2	يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.	2.80	0.45	93.3
3	كثير الصخب داخل الفصل.	2.70	0.63	90.0
4	يتشاجر مع الأطفال الآخرين.	2.69	0.64	89.7
5	يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.	2.58	0.54	86.0
6	ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.	2.54	0.66	84.7
7	يقفز دون مناسبة.	2.52	0.70	84.0
8	يميل للألعاب الصاخبة والنشاطات الحركية.	2.39	0.83	79.7
9	يصطنع الأسباب للخروج من الفصل.	2.38	0.86	79.3
10	يعبث بأي شيء يقع تحت يديه.	2.34	0.85	78.0
11	يصدم بالأشياء التي حوله.	2.23	0.91	74.3
12	يتعرض للحوادث باستمرار.	2.14	0.99	71.3
13	يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.	1.84	1.16	61.3

جدول(26)ترتيب المشكلات في مجال الاندفاعية حسب أوزانها المئوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي
1	يتصرف دون التفكير بالعواقب.	2.55	0.78	85.0
2	يغضب بسرعة.	2.48	0.73	82.7
3	يصعب عليه التحكم بتصرفاته.	2.48	0.8	82.7
4	يقاطع كلام الآخرين.	2.48	0.88	82.7
5	يتذمر من انتظار دوره.	2.48	0.77	82.7
6	يستعجل لتلبية رغباته.	2.37	0.84	79.0
7	يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع السؤال كاملاً.	2.34	1.01	78.0
8	يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.	2.33	0.87	77.7
9	حساس اتجاه النقد.	2.21	1.04	73.7
10	يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.	2.2	0.94	73.3
11	يبكي لأبسط الأسباب.	2.09	1.1	69.7

جدول(27)ترتيب المشكلات في مجال تشتت الانتباه حسب أوزانها المئوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي
1	يشغل نفسه بما يحيط به داخل الفصل.	2.76	0.61	92.0
2	يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.	2.54	0.66	84.7
3	يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.	2.44	0.77	81.3
4	يجد صعوبة في وصفه للأشياء.	2.41	0.77	80.3
5	يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.	2.32	0.86	77.3
6	يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم انتقال المربية إلى موضوع جديد.	2.24	0.92	74.7
7	ينتقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .	2.22	0.91	74.0
8	يصعب عليه التركيز وحصر انتباهه نحو موضوع محدد.	2.22	0.94	74.0
9	ينسى أشياءه الشخصية ومسميات بعضها.	2.21	0.94	73.7
10	يميل للأنشطة التي لا تتطلب التركيز.	2.14	0.99	71.3
11	ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.	2.04	0.95	68.0
12	يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.	1.95	0.99	65.0

جدول(28)ترتيب المشكلات في مجال الأعراض المصاحبة حسب أوزانها المئوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي
1	يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.	2.55	0.64	85.0
2	يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.	2.39	0.97	79.7
3	يتصرف بطريقة فوضوية.	2.27	0.98	75.7
4	يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.	2.26	0.82	75.3
5	يتسم بالعناد والمعارضة.	2.25	1.04	75.0
6	يشعر سريعاً بالإحباط.	2.24	0.78	74.7
7	متقلب المزاج.	2.13	1.01	71.0
8	يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.	2.01	1.03	67.0
9	يخطأ في عمل المهام التي سبق وان تعلمها.	1.98	0.96	66.0
10	يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.	1.93	0.86	64.3
11	يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.	1.86	0.98	62.0
12	يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.	1.68	1.04	56.0
13	يتغيب عن الروضة بدون مبرر.	1.65	1.00	55.0
14	يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من اقرانه.	1.39	1.14	46.3
15	يكثر من الكذب أثناء حديثه.	1.38	1.26	46.0

في ضوء إجراءات ترتيب المشكلات اختيرت المشكلات التي حصلت على الوزن المئوي(75%) فما فوق ضمن مجالاتها لكي يتم التركيز على معالجتها في محتوى البرنامج. وبذلك أصبح مجموع المشكلات السلوكية التي تضمنها البرنامج (30) مشكلة تتوزع على مجالات الاضطراب (النشاط الحركي، والاندفاعيــة، و تشتت الانتباه، والأعراض المصاحبة) بواقع (10، 8، 6،6) مشكلة على التوالي.

4- تحديد الحاجات:

بعد أن تم التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها الأطفال المضطربون. تم تحديد الحاجات المرتبطة بتلك المشكلات وقد بلغت (30) حاجة انبثقت منها.

5-صلاحية تحديد الحاجات:

تم التحقق من صلاحية الحاجات المرتبطة بالمشكلات من خلال عرضها على مجموعة من المختصين في علم النفس للتأكد من كونها تمثل حاجات مرتبطة باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط. ملحق(6)

وكانت نسبة الاتفاق بين المختصين على تمثيل الحاجات للاضطراب بنسبة (90-100%) وبذلك استقيت تلك الحاجات.

6- تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج:

في ضوء موضوع البرنامج العلاجي المتضمن **تعديل سلوك تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى أطفال الروضة الذين تتراوح أعمارهم بين(4و5) سنوات في مدينة تعز.** تم صياغة الأهداف العامة والخاصة للبرنامج على النحو الآتي:

أ- تعديل سلوك النشاط الحركي المفرط لدى طفل الروضة. وقد انبثق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

- تنمية الاستقرار والهدوء عند الطفل.
- تنمية التعاون واللعب مع الآخرين.
- تفريغ الطاقة الحركية بشكل منظم.
- تقليل الخروج من الفصل.
- جعل الطفل يتخلى عن عادة العبث بالأشياء.

ب- تعديل السلوك الاندفاعي لدى طفل الروضة. وقد انبثق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

- تنمية القدرة على التفكير بنتائج السلوك.
- تشجيع الحوار الإيجابي مع الذات.
- التروي وعدم الانصياع لنوبات الغضب.
- تنمية القدرة على التحكم بالمشاعر والتصرفات.
- تنمية المهارات الاجتماعية.

❖ تنمية التفاعل الاجتماعي الايجابي.

ج- تعديل سلوك تشتت الانتباه لدى طفل الروضة. وقد انبثق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

❖ الانتباه للمثيرات المهمة.

❖ تنمية القدرة على الاستماع للتعليمات.

❖ تنمية القدرة على الانتباه لما يعرض عليه من مثيرات والتمييز بينها.

❖ تنمية الانتباه للأنشطة المتنوعة ومتابعتها.

د- تعديل السلوكيات المصاحبة للاضطراب لدى طفل الروضة. وقد انبثق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

❖ تدريب الطفل على نطق وقراءة الحروف والأرقام وتمييزها.

❖ تنمية القدرة على التنظيم والترتيب.

❖ التعريف بكيفية البدء بالأنشطة.

❖ التخلي عن العناد.

❖ تنمية مفهوم ذات ايجابي.

بعد ذلك ترجمة الأهداف الخاصة إلى عدد من الأهداف السلوكية.

7- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد البرنامج على عدد من الفنيات المستمدة من نظريات تعديل السلوك التي تتناسب مع خصوصية المرحلة العمرية وطبيعة الاضطراب ومن خلال الإجراءات المعتمدة في الدراسات السابقة التي تناولت برامج تعديل سلوك الأطفال. وفي ضوء ذلك تم انتقاء عدد من الفنيات هي: التعزيز بأنواعه المادي والمعنوي، والحث والتلقين، والنمذجة، وتشكيل السلوك، والمناقشة، والتجاهل.

8- تحديد المستلزمات والأدوات المستخدمة في البرنامج:

لتحقيق أهداف البرنامج وفي ضوء أساليبه وفنياته استخدمت مجموعة من المستلزمات والأدوات التي تتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال ما قبل المدرسة

وهي: صور ملونة، مكعبات، ملصقات، أقلام تلوين، رسومات، هـدايا صـــغيرة رمزية للأطفال، أشكال هندسية، وصور حيوانات ونباتــات، كــرات صـــغيرة، قصص مصورة.

9- تحديد عدد الجلسات والزمن اللازم لكل جلسة:

في ضوء عدد مجالات البرنامج والمشكلات التي تتطلب التعديل والأساليب والفنيات المعتمدة تم تحديد جلسات البرنامج بـــ (18) جلسة موزعة على مجالات البرنامج الأربعة بواقع (4) جلسات لكل مجال بالإضـــافة إلـــى جلـــسة تعـــارف والتعريف بالبرنامج في بداية البرنامج وجلسة ختامية في نهاية البرنامج، وحددت الفترة الزمنية لكل جلسة بمدة (40-50) دقيقة لكي تتلاءم مع زمن الحصة الواحدة في جدول حصص الروضة بمعدل جلستين اسبوعياً على مدى ثلاثة أشهر تقريباً.

في ضوء الإجراءات التي تضمنتها الخطوات السابقة تم إعداد الإطار العام للبرنامج بصورته الأولية.

10- صلاحية الإطار العام للبرنامج:

بعد إعداد الإطار العام لبرنامج تعديل السلوك في صورته الأولية عـــرض على مجموعة من المختصين في علم النفس. ملحـــق (6) للإفـــادة مـــن آرائهـــم وملاحظاتهم حول الإطار العام للبرنامج بما ينسجم مع أهداف البرنامج وطبيعـــة الاضطراب وأعمار الأطفال المضطربين، وفي ضوء آرائهم والمناقـشات التـــي أجريت معهم أجريت بعض التعديلات المناسبة له.

في ضوء الإجراءات التي تضمنتها الخطوات السابقة تم إعداد الإطار العام للبرنامج بصورته النهائية. ملحق(7)

4- محتوى جلسات برنامج تعديل السلوك:

لتحقيق الأهداف العامة لبرنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط تم تقسيم أنشطة البرنامج إلى أربعة مجالات رئيسية اشتملت

على (4) جلسات لكل مجال. تتضمن كل جلسة مجموعة من الأنشطة التي يمارسها الأطفال في الروضة والتي تمثل خبرات مباشرة تمكنهم من استيعاب السلوك المطلوب تعديله للتخفيف من حدة الاضطراب الذي يعاني منه.

شملت محتويات كل جلسة عنوان الجلسة، والزمن المستغرق لها، وأهدافها السلوكية و(الفنيات السلوكية، والأدوات والمستلزمات، والأنشطة المناسبة)الخاصة بها كما شملت إجراءات سير الجلسة.

وفي نهاية كل منها يكلف الطفل بواجب منزلي يؤديه من خلال متابعة الأسرة معه لهذا الواجب.

❖ **صلاحية محتوى جلسات برنامج تعديل السلوك:**

للتأكد من صلاحية محتوى جلسات البرنامج عرض على مجموعة من المختصين في علم النفس.ملحق (6)، وفي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم حول محتوى جلسات البرنامج وصلاحيته. تم إجراء بعض التعديلات المناسبة عليه ليصبح جاهزاً بصيغته النهائية. ملحق(7)

5- تحديد خط الأساس من خلال استمارة تقييم تواتر السلوك المضطرب:

بعد تحديد المشكلات والحاجات المرتبطة بها وإعداد الإطار العام للبرنامج وتحديد محتوى جلسات البرنامج. أعدت الباحثة استمارة تقييم تواتر السلوك المضطرب لدى الطفل (تجيب عنها المربية) تشير إلى عدد مرات تواتر السلوك المضطرب قبل تطبيق البرنامج لتحديد الخط الأساس أو ما يطلق عليه بالخط القاعدي ليتم مقارنته بسلوك الطفل بعد تطبيق البرنامج بغرض التعرف على الفرق في تواتر السلوك بين القياسين وهذا الأسلوب يستخدم في برامج تعديل السلوك للتعرف على مدى فاعلية البرنامج ويطلق عليه في بعض الأدبيات بالخط القاعدي أو استمارة متابعة السلوك. ويستخدم هذا الأسلوب كأحد الخطوات المنهجية القائمة على أساس تعديل السلوك والتي أشار إليها كل من: (إبراهيم

وآخـرون، 1993: 155-168) و(الخطيـب، 1995: 111) و(إبـراهيم، 1998: 385-394) و(سيسالم، 2001: 186) و(الظاهر، 2004: 51-69).

❖ **صلاحية استمارة تقييم تواتر السلوك المضطرب:**

للتأكد من صلاحية استمارة تحديد تكرار السلوك المضطرب لدى الأطفال بمجالاته المختلفة عرضت هذه الاستمارة على مجموعة من المختصين في علم النفس. ملحق(6)

وفي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم حول تصميم الاستمارة ومدى صلاحيتها في الكشف عن الفروق في تواتر سلوك الأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية، والتعرف إلى فاعليته مستقبلاً وفي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم تم إجراء بعض التعديلات المناسبة عليها لتصبح هذه الاستمارة جاهزة للتطبيق بصيغتها النهائية. ملحق(8)

المرحلة الثالثة:- مرحلة تنفيذ البرنامج:

تضمنت مرحلة تنفيذ البرنامج مايلي:-

1- تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج في رياض الأطفال بمدينة تعز على أطفال المجموعة التجريبية في ثلاث روضات بواقع جلستين اسبوعياً، تراوحت مدة الجلسة الواحدة مابين (40-50) دقيقة عدا بعض الأنشطة الخارجية التي يتم تطبيقها خارج الفصل الدراسي والتي تمت الإشارة إليها في سير جلسات البرنامج وقد استغرق تنفيذ البرنامج مدة (9) أسابيع اعتباراً من (2008/1/1) لغاية (2008/3/31).

2- تقييم فاعلية البرنامج:

تم تقييم البرنامج في ضوء التصميم التجريبي الذي اعتمدته الباحثة والذي يتطلب منها تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية)على المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج السلوكي، ثم بعدها تطبيق البرنامج السلوكي على المجموعة التجريبية وعدم تطبيقه على المجموعة

الضابطة، بعدها تطبيق المقياس على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج. ولتقييم فاعلية البرنامج تم التعرف على الفروق بين درجات الأطفال في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، والفروق بين درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والفروق بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وتمت متابعة المجموعة التجريبية بعد شهر من تطبيق البرنامج (قياس تتابعي) لمعرفة مدى فعاليته واستمرار تأثيره في تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية.

خامساً:الوسائل الإحصائية.

تم معالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام عدد من الوسائل الإحصائية من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) وهي كالآتي:

1-الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لغرض وصف وتوزيع درجات أفراد العينة الاستطلاعية.

2-الاختبار التائي لعينتين مستقلتين متساويتين لغرض استخراج التمييز بين المجموعتين المتطرفتين على مقياس تشخيص الاضطراب.

3-معامل ارتباط بيرسون لاستخراج صدق البناء وصدق المحك والارتباط بين درجات نصفي المقياس بطريقة التجزئة النصفية.

4-معادلة جتمان التصحيحية لغرض استخراج الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

5-معادلة الخطأ المعياري لغرض تحديد الدرجة الحقيقة للأفراد على مقياس التشخيص.

6-معادلة فيشر لاستخراج الوسط المرجح والوزن المئوي لترتيب المجالات والمشكلات حسب أولويتها.

7-اختبار مان وتني اللابارامتري للمجموعات المستقلة لتحقيق التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، والتعرف إلى الفروق بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، والتعرف إلى الفروق بين درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على القياس البعدي، والتعرف إلى الفروق بين درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على قياس المتابعة.

8-اختبار ولكوكسن اللابارامتري للمجموعات المترابطة للتعرف إلى الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، والتعرف إلى الفروق بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة.

الفصل الخامس

نتائج البحث

- ❖ عرض النتائج وتفسيرها.
- ❖ التوصيات.
- ❖ المقترحات.

يتضمن الفصل الحالي عرضاً للنتائج وتفسيرها ومن ثم التوصيات والمقترحات كما يأتي:

أولاً:عرض النتائج وتفسيرها.

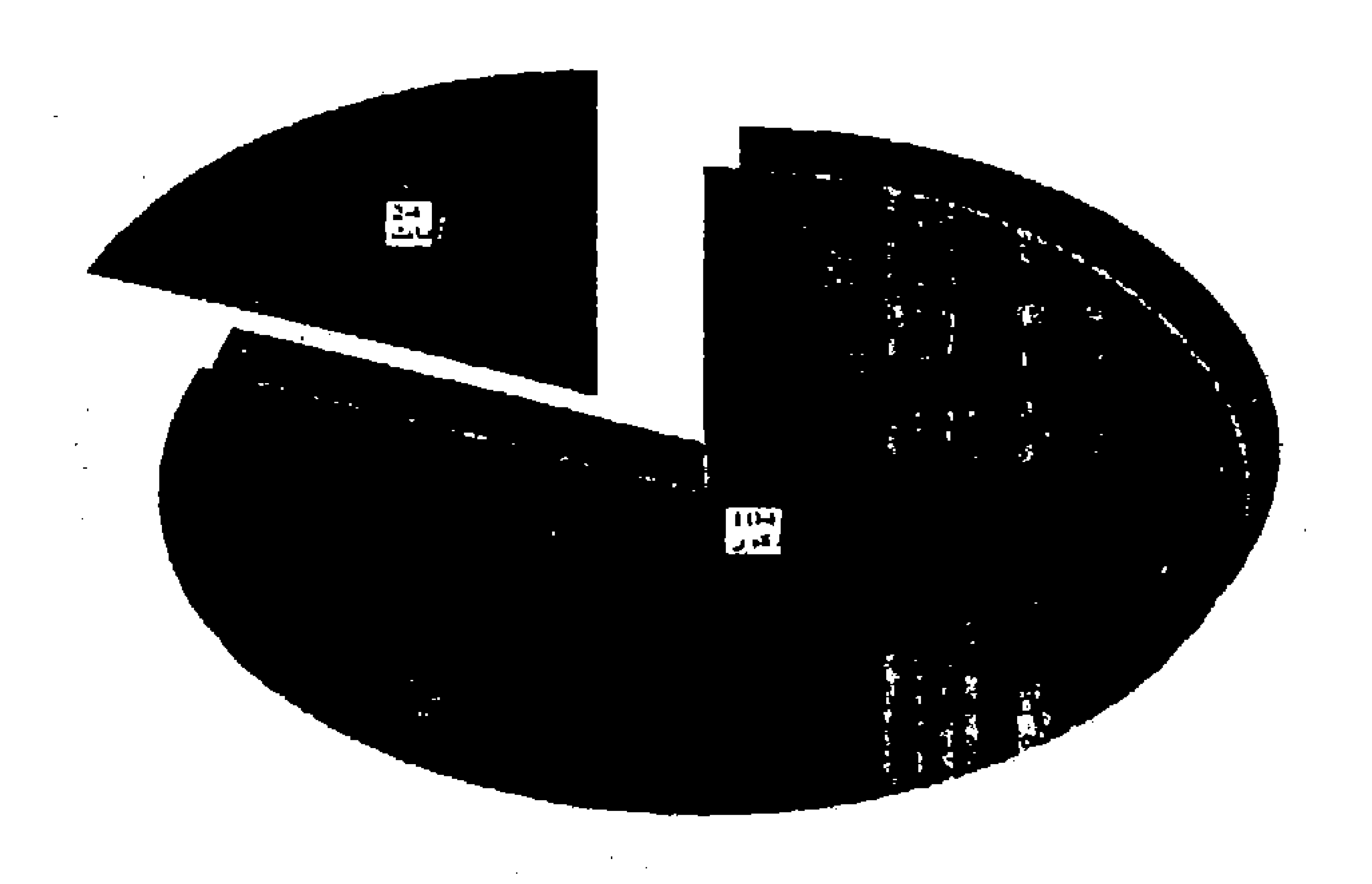
للتحقق من نتائج البحث سيتم عرض النتائج وتفسيرها تبعاً لأهدافه والفرضيات التي اشتقت منها كما يأتي:

الهدف الأول: تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.

تم تحقيق هذا الهدف من خلال إجراءات بناء مقياس تشخيص الاضطراب بصورتيه (المدرسية والمنزلية)، وعرض نتائج تطبيقه على أطفال الروضة كما ورد في الفصل الرابع. إذ بلغ عدد الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم بالاضطراب بعد تطبيق مقياس التشخيص بصورتيه (المدرسية والمنزلية) (128) طفلاً مضطرباً من مجموع أطفال مجتمع البحث البالغ عددهم (1983) طفلاً وطفلة شكلوا نسبة (6.45%) من مجموع أطفال مجتمع البحث.

وبلغ عدد الأطفال الذكور المضطربين (104) طفلاً مضطرب بينما بلغ عدد الإناث المضطربات (24) طفلة مضطربة، شكل (3)

شكل(3)توزيع الأطفال المضطربين(الذكور والإناث)على مقياس تشخيص الاضطراب



يظهر من الشكل (3) أن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل (81.25%)، بينما تشكل نسبة الإناث المضطربات (18.75%) من مجموع الأطفال المضطربين البالغ عددهم (128) طفلاً مضطرباً. أي أن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل حوالي (4-1%) من نسبة الإناث المضطربات.

وتشير هذه النتيجة التي كشفت عن إن نسبة الأطفال المضطربين تشكل نسبة (6.45%) إلى معاناة عدد من أطفال الروضة من هذا الاضطراب لكنهم لم يشخصوا سابقاً كأطفال مضطربين قبل دخولهم الروضة لأن النظرة السائدة عن الأطفال في مرحلة ماقبل الروضة تتسم بكونهم يمرون بمرحلة الحركة والنشاط ولذا لا ينظر إلى الطفل على انه غير سوي أو مضطرب، ولكن عند دخول الطفل للروضة ومقارنة سلوكه من قبل المربيات مع الأطفال العاديين الحاضرين معه ومطالبته بتأدية بعض المهام و الأنشطة يتبين انه مختلف عن أقرانه من الأطفال العاديين في تأدية تلك المهام وما يصاحبها من مشكلات يسببها للأطفال الآخرين المحيطين به.

إن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين أطفال الروضة بنسبة (6.45%) اتفقت مع نتائج أغلب الدراسات السابقة التي كشفت عن وجود الاضطراب وانتشاره بين الأطفال على اختلاف مجتمعاتهم. ومن خلال استعراض نتائج تلك الدراسات تبين أن هناك تفاوتاً واضحاً بين نسب انتشار هذا الاضطراب.

حيث أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال في البحث الحالي كانت أعلى من النسبة التي توصلت إليها دراسات (الشخص،1985) و(حمودة،1991) و(السطحية 1991) و (Barkley,1998) و(Goldman&et.al.,1998) و(أحمد وبدر،1999) و(الفلفلي،2005) والنسبة التي أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA,1994) التي تراوحت بين (2- 6%).

وكانت اقل من النسبة التي توصلت إليها دراسات (معوض،1992) و (يعقوب، 1995) و(Millberger&et.al.1995) و(المرسي،1998) و(الأدغم،1999) و(الزعبي،2001) و(شقير،2002) و(Brown,2007) التي تراوحت بين (3-10%) .

أما فيما يتعلق بنسبة انتشار الاضطراب بين الذكور والإناث فقد ظهرت نسبة انتشاره لدى الذكور أكثر من نسبة انتشاره لدى الإناث بنسبة (4-1%). وقد اتفقت هذه النتيجة مع جميع الدراسات التي تناولت حجم هذه النسبة لدى الجنسين.

وهذا ما أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA,1994) ونتائج دراسات (شقير،2002) و(الفلفلي،2005) و(الدسوقي،2006) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين الذكور أكثر من نسبة انتشاره بين الإناث.

ويمكن تفسير ذلك إلى إن الأطفال الذكور يبدون أكثر اندفاعية ولديهم قابلية اكبر لتشتت الانتباه داخل الفصل الدراسي كما أن الأعراض الشخصية والعدوانية لدى الذكور أكثر مما لدى الإناث مع ارتفاع معدل مشكلاتهم النفسية.

وان الذكور جينياً ووراثياً أكثر عرضة للإصابة باضطراب الجهاز العصبي (باركلي،1999: 49).

كما يميل سلوك الأطفال الذكور إلى أن يكونوا أكثر سيطرة وتمرد وصعوبة ضبط سلوكهم والتحكم فيه.

الهدف الثاني:إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

لقد تم تحقيق هذا الهدف من خلال إجراءات بناء البرنامج السلوكي والذي تمت الإشارة إليه تفصيلاً في الفصل الرابع.

الهدف الثالث: تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

للتعرف على نتائج هذا الهدف سيتم عرض ومناقشة الفرضيات التي اشتقت منه وكالآتي:-

الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على انه:(يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم اختبار الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) باستخدام الأسلوب الاحصائي اللابارامتري (ولكوكسن Wilcoxon) للمجموعات المترابطة.(عودة والخليلي،2000: 438-442) للتعرف إلى التغير الذي طرأ على سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية كما يظهر في جدول (29).

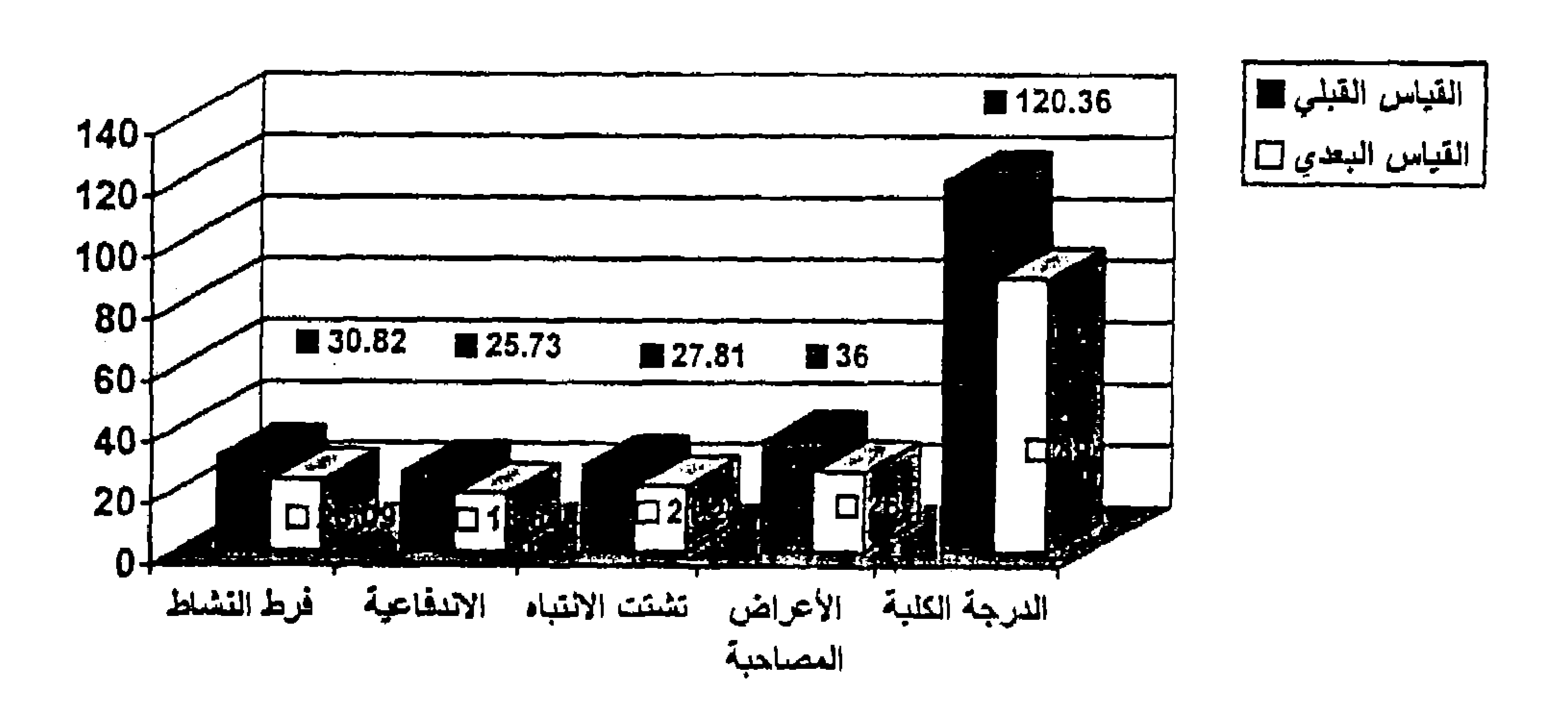
جدول(29)قيم ولكوكسن (T) ودلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط (الصورة المدرسية)

المجال	نوع القياس	اتجاه فرق الرتب	عدد أفراد العينة	مجموع الرتب	قيم T المستخرجة	مستوى الدلالة
فرط النشاط	قبلي- بعدي	سلبي	11	66.00	صفر	دالة
		ايجابي	0	0.00		
		محايد	0			
الاندفاعية	قبلي- بعدي	سلبي	11	66.00	صفر	دالة
		ايجابي	0	0.00		
		محايد	0			
تشتت الانتباه	قبلي- بعدي	سلبي	10	55.00	صفر	دالة
		ايجابي	0	0.00		
		محايد	1			
الأعراض المصاحبة	قبلي- بعدي	سلبي	11	66.00	صفر	دالة
		ايجابي	0	0.00		
		محايد	0			
الدرجة الكلية للاضطراب	قبلي- بعدي	سلبي	11	66.00	صفر	دالة
		ايجابي	0	0.00		
		محايد	0			

قيمة T الجدولية = 11 عند مستوى دلالة (0.05) وعدد الأفراد(11)(عودة والخليلي،2000: 585)

يتبين من نتائج جدول (29) إن قيم (T) المستخرجة أقل مـن قيمـة (T) الجدولية وبذلك تقبل الفرضية البديلة. ويعني ذلك وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إحصائية (0.05) بين مجموع رتـب درجـات القياسـات القبليـة والبعدية للمجموعة التجريبية على الاضطراب، لصالح القيـاس البعـدي وهـذه النتيجة تؤيد صحة الفرضية الأولى. وهذا يدل علـى خفـض حـدة الأعـراض السلوكية الدالة على الاضطراب لدى الأطفـال المـضطربين فـي المجموعـة التجريبية.

ويمكن توضيح هذا الانخفاض في الاضطراب من خلال توزيع متوسطات درجات الأطفال في المجموعة التجريبية بيانياً قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي وكما يظـهر في شكل (4).

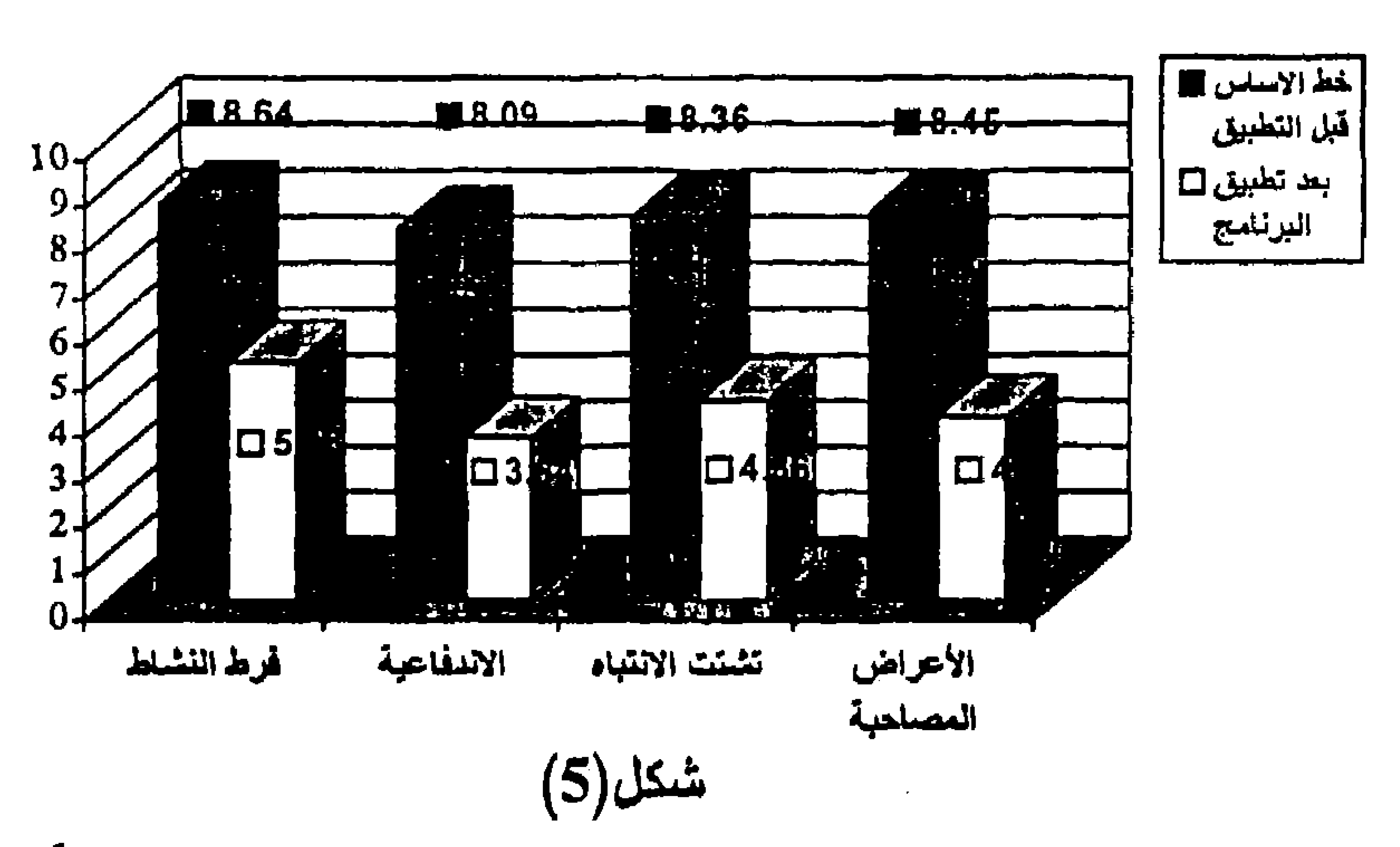


شكل(4)

توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

يتبين من شكل (4) أن متوسطات درجات الأطفال المضطربين في القيـــاس البعدي قد انخفضت عما كانت عليه في القياس القبلي. مما يعني أن هناك تحـــسناً قد حدث في جميع مجالات الاضطراب المتـــضمنة: فـــرط النـــشاط الحركـــي، والاندفاعية، وتشتت الانتباه، والأعراض المصاحبة للاضطراب.

ويمكن توضيح هذا التحسن باستخدام معيار أخر في برامج تعـــديل الـــسلوك للتعرف على مدى فاعليتها وذلك من خلال تحديد متوسطات تكرار تواتر السلوك عند الأطفال المضطربين قبل تطبيق البرنامج ويسمى بالخط الأساس أو القاعـــدي ومقارنته بمتوسطات تكرار تواتر السلوك عند نفس الأطفال بعد تطبيق البرنـــامج على المجموعة التجريبية بغرض التعرف على الفرق في تـــواتر الـــسلوك بـــين التطبيقين كما موضح في شكل (5).



شكل(5)

توزيع متوسطات تكرار تواتر السلوك في مجالات الاضطراب بياتياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في خط الأساس قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج

يتبين من شكل (5) أن متوسطات تكرارات تواتر السلوك التي حددتها المربية لأطفال المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج في الخط القاعدي كانت أكثر من متوسطات تكراراتهم بعد تطبيق البرنامج. وهذا يعني أن هناك تحسناً قد طرأ على أعراض الاضطراب في المجموعة التجريبية بعد التطبيق.

ويعزى هذا التحسن إلى فاعلية البرنامج السلوكي الذي ساعد على تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية مما أدى إلى خفض المظاهر السلوكية غير الملائمة وزيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوك الملائم. كما ساعد على تدريب الأطفال على المهارات اللازمة للتعامل بنجاح مع المواقف المختلفة في الروضة، مما يؤدي إلى خفض مستوى نشاطهم المفرط، وخفض مستوى اندفاعيتهم، و زيادة قدراتهم على التركيز والانتباه، وخفض حدة الأعراض المصاحبة للاضطراب.

أن الأنشطة المتنوعة التي استخدمت في البرنامج مع الأطفال المضطربين ساعدت على خفض حدة الاضطراب لديهم والتي تنوعت بين تجميع أجزاء من صور ملونة وتركيبها مثل العاب تجميع الصور المتكاملة من خلال أجزاء صغيرة مقطعة، ورسم مجموعة من الصور وتلوينها، وتشكيل أشكال متنوعة من قطع المكعبات، وممارسة مجموعة من الألعاب المشوقة مثل القيام بأداء لعبة التمثال ولعبة القطار والتي ركزت على تفريغ الطاقة الحركية لدى الطفل بطريقة مقبولة. وممارسة أنشطة أخرى مثل مشاهدة الأطفال لمواقف تمثيلية، ولعبة المطابقة بين الأشكال والاستماع للقصص والتي بدورها شجعت الأطفال على التفكير والتروي وخفض حدة اندفاعيتهم وسرعة استجاباتهم قبل التفكير في الإجابة المناسبة للموقف، وعدم الانصياع لنوبات الغضب. فضلاً عن استخدام أنشطة متنوعة ساعدت الأطفال على تركيز انتباههم نحو مثيرات محددة المطلوب الانتباه إليها في الموقف والتي تضمنت مشاهدة مجموعة من الصور والحديث عنها، والتعرف

إلى مجموعة من الصور التي عرضت عليهم والتمييز بينهـا، والتعـرف علـى مجموعة من الألوان والتمييز بينها والتعرف إلى مسمياتها، والقيـام بعـدد مـن الألعاب مثل لعبة (المربية تقول)، ولعبة الانتباه للفروق الموجودة بـين شـكلين متشابهين. واستخدام أنشطة ركزت على خفض الأعراض المصاحبة للاضطراب لديهم كالتعرف إلى الحروف والتمييز بينها، والأرقام والتمييز بينهـا، وترتيـب الفصل، وتلوين الصور والتوصيل بينها، وترتيب الرسومات.

وما صاحب هذه الأنشطة من فنيات سلوكية كـالتعزيز بأنواعـه المختلفـة، والنمذجة، والحث والتلقين، وتشكيل السلوك المناسب، والمناقشة والحوار، وتكلفة الاستجابة ساعدت الأطفال على خفض حدة الاضطراب لديهم.

إن نجاح البرنامج السلوكي في تحقيق أهدافه يمكن أن يعود إلى ما تـضمنه من أنشطة وأساليب وفنيات وواجبات منزلية متنوعـة التـي جميعهـا أشـبعت احتياجات الأطفال الأساسية والتي بدورها ساعدت على تعـديل سـلوكهم نحـو الأفضل وخفض مظاهر حدة الأضطراب لديهم وتنمية ثقتهم بأنفـسهم وتحـسين علاقاتهم بأقرانهم وقللت من شكوى مربياتهم وأسرهم وهذا ما بدأ واضـحاً فـي نتائج الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية بعـد الانتهـاء مـن تطبيـق البرنامج.

ويؤيد الأدب النظري فعالية البرامج التي تعتمد أساليب تعـديل الـسلوك لكونها برامج عملية تركز على أعراض محددة للمشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج. وتحدد الاستجابة المتوقعة من الطفل، حيث تكون متطلبـات الموقف واضحة منذ البداية ويكون التركيز على مسئولية الطفل في تحديد التدعيم وتكون إستراتيجية واقعية ويعرف الطفل ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب لكـي يحصل على التدعيم (كوزول وآخرون، 101، 2002).

فضلاً عن أن هذه البرامج تعمل على تغيير السلوك غير الملائم واستبداله بسلوك ملائم من خلال تدريب الأطفال على اكتساب مهارات مختلفة (سيسالم،2002: 55).

كما تساعد هذه البرامج الطفل على تعلم سلوكيات جديدة وغير موجودة أصلاً في ذخيرته ومقبولة اجتماعياً ويسعى إلى تحقيقها، وتقليل غير المقبولة منها وبالتالي تساعده على التكيف مع محيطه وبيئته الاجتماعية وتقليل المشاكل التي يتعرض لها مما يساعده على الاستمرار بحياة مريحة في جو بعيد عن الإحباط والتوتر.

أن نتيجة الفرض الحالي تعزز ما أكدت عليه النظريات السلوكية في تعديل السلوك المضطرب المكتسب حيث يمكن التخلص منه من خلال عملية التعلم وتكوين الارتباطات بين المثيرات والاستجابات من خلال إحلال نماذج اشتراطيه لعلاقات جديدة مرغوبة لدى الطفل بين المثيرات والاستجابات بدلاً من النماذج الاشتراطية للعلاقات غير المرغوبة باستخدام فنيات التعزيز والتدعيم والتجاهل أثناء ممارسته للأنشطة المحببة لديه وبفعل التعزيز أصبحت الاستجابات الصحيحة لدى الأطفال أكثر تكراراً وظهوراً من الاستجابات الخاطئة. فالتعزيز يؤدي إلى نتائج سارة أو مشبعة تقوى وتميل إلى التكرار. أي أن الأثر الايجابي الناشئ من هذه الاستجابات يزيد من احتمالات حدوثها في المواقف اللاحقة المشابهة.

أن نتيجة البحث الحالي تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أهمية البرامج السلوكية وفاعليتها في خفض حدة المظاهر السلوكيةللاضطراب كدراسات. (Feierstein,1991)، و(Ghosh&Chattopadhyay,1993)، و (الموافي،1995)، و(Copeland,2002)، و(Corrin,2003)، و (البصير،2004)، و (بدوي،2005).

الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على انه: (يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الاحـــصائي اللابـــارامتري (مان وتني Mann-Whitney) للمجموعات المستقلة المتوسطة الحجم لدراســـة الفروق بين درجات الأطفال المضطربين بعد تطبيـــق البرنـــامج الـــسلوكي فـــي المجموعتين التجريبية والضابطة. وتتضح نتائج هذه الفرضية في جدول (30).

جدول(30)

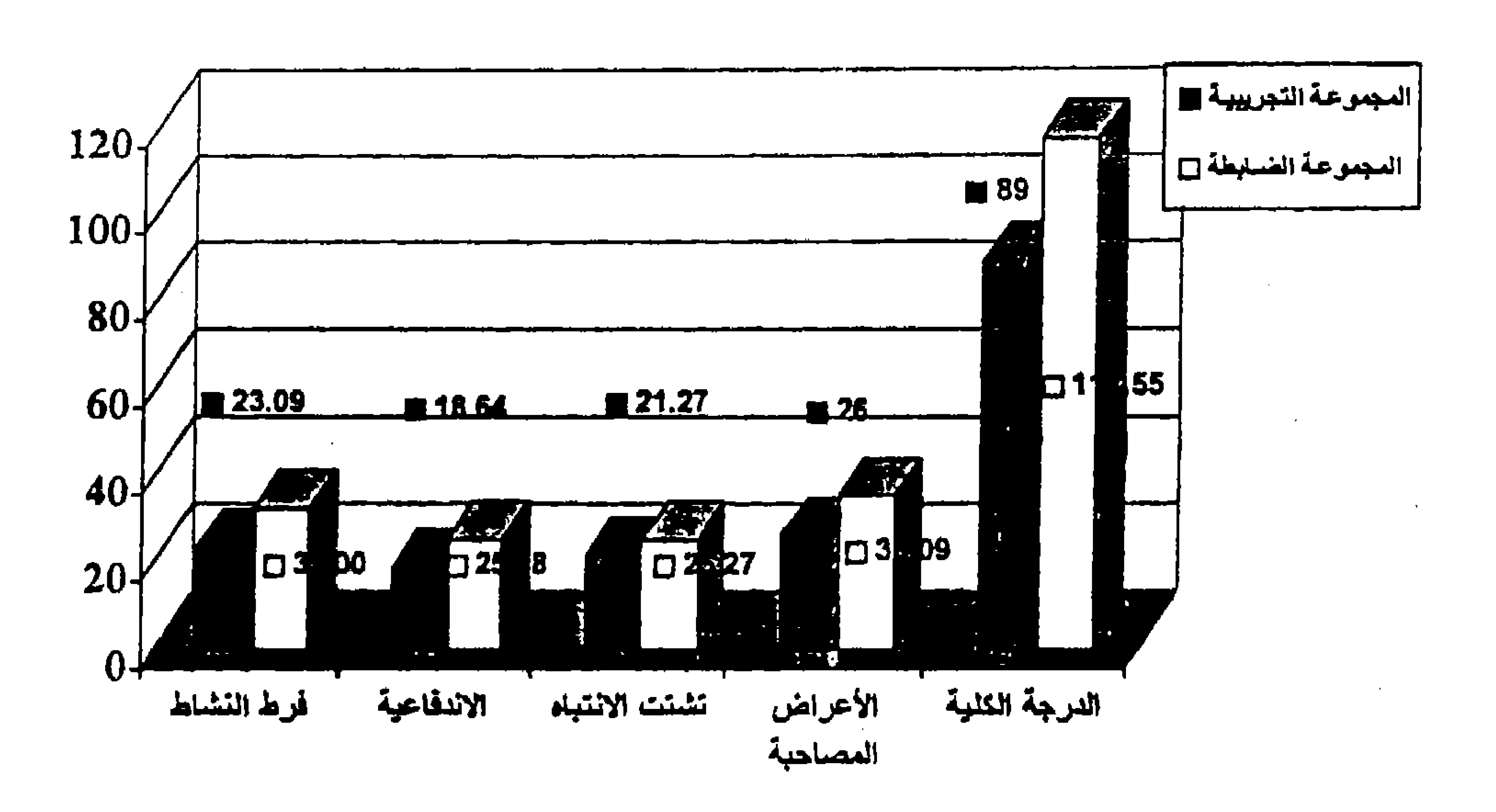
قيم مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية)

المجال	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	قيم U المستخرجة	مستوى الدلالة
فرط النشاط	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	72.50 180.50	6.5	دالة
الاندفاعية	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	69.50 183.50	3.5	دالة
تشتت الانتباه	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	92.50 160.50	26.5	دالة
الأعراض المصاحبة	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	83.00 170.00	17	دالة
الدرجة الكلية للاضطراب	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة	11 11	68.00 185.00	2	دالة

قيمة(U) الجدولية=30 عند مستوى دلالة (0.05) وعدد الأفراد (11،11)(عودة والخليلي ،2000: 591)

يتبين من جدول (30) إن قيم (U) المستخرجة أقل من قيمة (U) الجدولية وبذلك تقبل الفرضية البديلة. أي أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط فـــي المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح المجموعة

التجريبية. وهذه النتيجة تؤيد صحة الفرضية الثانية. ويعني ذلك أن البرنامج كان فعالاً في تأثيره على خفض مستوى الأعراض السلوكية للاضطراب لدى أطفال المجموعة التجريبية ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل (6)



شكل(6)

توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج في المجموعتين الضابطة والتجريبية

يتبين من شكل (6) أن متوسطات درجات الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك كانت أقل مما هي عليه لدى أطفال المجموعة الضابطة. وهذا يشير إلى مدى التحسن الذي طرأ في سلوك الأطفال المضطربين بشكل عام وضمن مجالات قياس الاضطراب المتضمنة فرط النشاط الحركي، والاندفاعية، وتشتت الانتباه، والأعراض المصاحبة له.

يمكن أن يعزى هذا التحسن إلى فاعلية البرنامج السلوكي الذي ساعد على تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية مما أدى إلى خفض

المظاهر السلوكية غير الملائمة لديهم. وان استمرار السلوك المضطرب لدى أطفال المجموعة الضابطة دليل على فاعلية أنشطة البرنامج السلوكي نظراً لعدم إخضاعهم إليه.

فقد قدم البرنامج السلوكي بأنشطته وأساليبه وفنياته المتنوعة فرصة للأطفال في المجموعة التجريبية على تعديل سلوكهم المضطرب وإيجاد سلوكاً جديداً أكثر ملائمة وتوافق. بينما لم يستفد أطفال المجموعة الضابطة من هذه الأنشطة والفعاليات والفنيات من اجل تغيير سلوكهم السابق.

مما زاد من فاعلية البرنامج استخدامه لمجموعة من الأنشطة والفنيات المرتكزة على أسس علمية مستمدة من النظريات السلوكية في تعديل السلوك المضطرب لدى الأطفال حيث مثل البرنامج فرصة للأطفال في المجموعة التجريبية لتفريغ طاقتهم الحركية المفرطة بأساليب مقبولة وذلك من خلال قيامهم بمجموعة من الألعاب التي تضمنها البرنامج السلوكي كلعبة القفز، والتمثال، ولعبة القطار. وساعدت أنشطة البرنامج على تنمية الانتباه والتركيز للمثيرات المطلوب الانتباه إليها من خلال عرض مجموعة من الصور والرسومات التي طلب منهم تلوينها وإكمالها والحديث عما تضمنته هذه الصور والرسومات من تشابهات واختلافات. وكف الاستجابات الاندفاعية لديهم من خلال تنمية التفكير بنتائج سلوكهم، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي المقبول مع أقرانهم، وتنمية مهارة الاستماع والإنصات للآخرين من خلال سرد بعض القصص المشوقة للأطفال. وخفض بعض الأعراض المصاحبة لديهم من خلال تنمية إحساسهم بالنجاح والثقة بالنفس، والتخلي عن سلوك العناد والمعارضة، ومحاولة التغلب على بعض صعوبات التعلم لديهم في القراءة والحساب من خلال تدريبهم على بعض الحروف والأرقام، وتلوين الصور، والتوصيل بين الأشياء. بينما لم

يستفد أطفال المجموعة الضابطة من هذه الفعاليات والأنشطة مما جعل سلوكهم المضطرب يستمر على ماهو عليه بشكل عام.

أن هذه الأنشطة لم تكن ضمن نشاطات الأطفال في الروضة وان تم ممارستها فهي تمارس بشكل محدود ولا يتم التأكيد عليها رغم أهميتها بالنسبة للطفل.

أن اعتماد البرنامج على افتراض أن الاضطراب هو سلوك خاطئ تم تعلمه مسبقاً، لذا يمكن تعديله من خلال الفنيات المتنوعة التي تضمنها البرنامج ومن أكثرها فاعلية واستخداماً في البرنامج استخدام التعزيز الايجابي بأشكاله المتنوعة منها التعزيز الايجابي المادي (كمكافئة الأطفال بالهدايا الرمزية الصغيرة كالأقلام الملونة والكرات الصغيرة والميداليات، الخ)
ومعنوياً (كتقبيل الطفل، ومدحه بعبارات الشكر والتقدير، أو التصفيق له، أو إعطائه مهمة يتولى قيادتها) واستخدمت هذه الأنواع من التعزيز بعد قيامهم بالسلوك الايجابي مباشرتاً دون تأجيل.
واستخدام فنية تشكيل السلوك التي تشتمل على التعزيز الايجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك الصحيح، وفنية التلقين بأنواعها اللفظي من خلال التعليمات اللفظية التي تقدم مباشرة للطفل، والإيمائي من خلال استخدام الإشارات أو النظر مباشرة لعيني الطفل أو بطريقة معينة، والجسدي من خلال لمس الطفل بهدف مساعدته لتأدية السلوك الصحيح. وفنية النمذجة من خلال عرض نماذج مصورة ورمزية ونماذج حية لأطفال يقومون بتأدية السلوك الصحيح أمام الطفل. وغيرها من الفنيات الأخرى التي ساعدت أطفال المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم البرنامج على تعلم سلوكيات ايجابية أفضل.

أن خفض مظاهر الاضطراب لدى أطفال المجموعة التجريبية هو أمر طبيعي في ظل وجود التدخل علاجي، فما حصل في المجموعة التجريبية من تغيير في

البيئة الصفية وتعديل أساليب تعامل المربيات مع الأطفال وتعريفهنّ بكيفية التعامل مع الطفل المضطرب والعمل على تقبله ومحاولة دمجه مع الأطفال الآخرين وزيادة ثقته بنفسه وتفهم سلوكه جميعها عوامل ساعدت على خفض الاضطراب في هذه المجموعة بينما لم يظهر ذلك في المجموعة الضابطة.

كل هذه العوامل التي توافرت لأطفال المجموعة التجريبية أشبعت حاجاتهم في إحساسهم بالرضا والقبول من أقرانهم ومربياتهم من خلال إمكانية النجاح في تأدية المهام التي توكل إليهم فتحسن سلوكهم المضطرب، بينما لم تتوافر هذه العوامل لأطفال المجموعة الضابطة فظل مستوى سلوكهم المضطرب كما هو عليه.

وهذا ما أكدته النظريات السلوكية التي أشارت إلى إمكانية تعديل السلوك من خلال تحديد العناصر السلوكية السليمة والعناصر السلوكية غير سليمة بوضوح، وبطريقة إجرائية خاضعة للملاحظة والقياس وتحديد المعززات التي ثبتت فعاليتها في المواقف المشابهة وتوظيف الأساليب والقواعد التي تضمن لكل متعلم أن يحصل على تعزيز حين يظهر تقدماً نحو السلوك المراد تشكيله و تعديله (أبو حويج وآخرون،2000: 200).

أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أهمية البرامج السلوكية وفاعليتها في خفض حدة المظاهر السلوكيةللاضطراب كدراسات (Feierstein,1991) ، و(Ghosh&Chattopadhyay,1993)، و(الموافي،1995)، و(Copeland,2002)، و (Corrin,2003) ، و(البصير،2004)، و(بدوي،2005).

الهدف الرابع:- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لنوعهم (ذكور- إناث).

للتعرف على نتائج هذا الهدف سيتم عرض ومناقشة الفرضية الثالثة التي اشتقت منه وكالآتي:-

الفرضية الثالثة:- تنص هذه الفرضية على انه:(لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني Mann-Whitney) للمجموعات المستقلة للعينات الصغيرة الحجم* . (عودة والخليلي،2000: 444) لدراسة الفروق بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي. ويوضح جدول (31) نتائج هذه الفرضية.

جدول(31)قيم مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج

المجال	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	قيم U المستخرجة	قيم U الجدولية	مستوى الدلالة
فرط النشاط	الذكور الإناث	7 4	42 24	14	0.81	غير دالة•
الاندفاعية	الذكور الإناث	7 4	45.5 20.5	10.5	0.46	غير دالة
تشتت الانتباه	الذكور الإناث	7 4	36 30	8	0.21	غير دالة
الأعراض المصاحبة	الذكور الإناث	7 4	46.5 19.5	9.5	0.37	غير دالة
الدرجة الكلية للاضطراب	الذكور الإناث	7 4	46 20	10	0.37	غير دالة

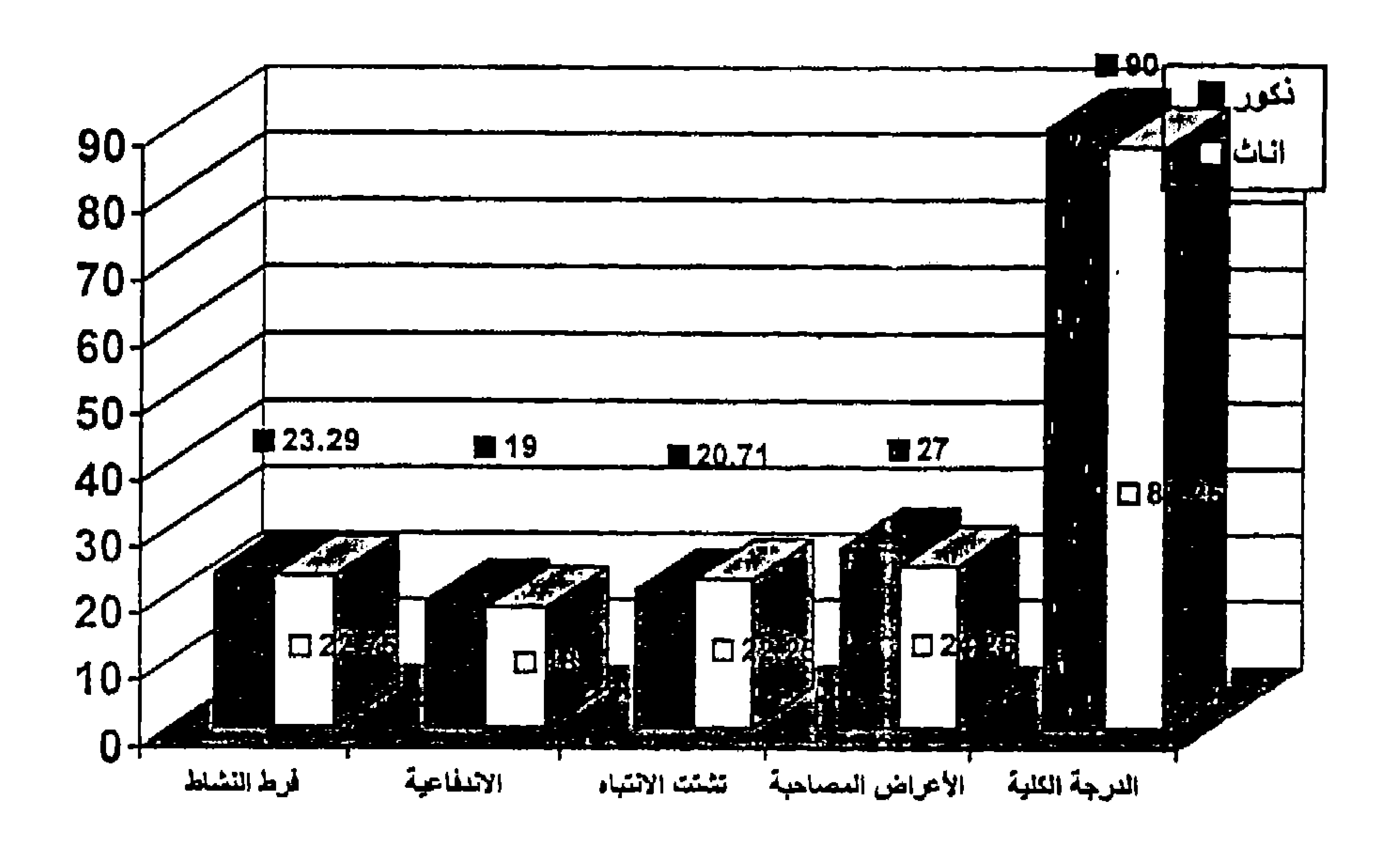
• في هذا الأسلوب تتم مقارنة كل قيمة جدوليه بمستوى الدلالة الذي حدده الباحث.

يتبين من جدول (31) أن قيم (U) الجدولية أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. أي لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند

*يستخدم هذا الأسلوب الاحصائي عندما تكون المجموعة الأكبر (8) أفراد فأقل.

مستوى دلالة (0.05) بين مجموع رتب درجات الذكور ودرجات الإنـــاث فـــي المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي مما يؤيد صحة هذه الفرضية.

تشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج السلوكي لدى كل من الذكور والإناث في المجموعة التجريبية. ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل(7)



شكل(7)توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي

يتبين من شكل (7) أن متوسطات درجات الذكور والإناث متقاربة بدرجة كبيـــرة في قياس تشخيص الاضطراب ومجالاته الفرعية في المجموعة التجريبية بعـــد تطبيـــق برنامج تعديل السلوك.

ويمكن أن يفسر ذلك إلى أن الأنشطة والفنيات المتنوعة التي تضمنها البرنامج لم تكن خاصة بفئة منهم بل كانوا يشتركون فيها مع بعضهم البعض دون تميز. كانت هـــذه الأنشطة سهلة التطبيق وممتعة للأطفال ومتاحة لهم ومن الممكن ممارستها مـــن قـــبلهم وتهدف إلى الاهتمام بالأطفال جميعاً وحثهم لقضاء وقت ممتع في أنشطة سارة ومبهجـــة وعدم محاولة إجهادهم أو الضغط عليهم وتمكن الذكور والإناث من أدائها.

وقد لاحظت الباحثة إقبال الأطفال على هذه النشاطات بنفس المستوى سواء من الذكور أو الإناث نتيجة لتقاربهم في العمر، وتواجدهم مع بعضهم البعض في نفس الفصول داخل الروضة وهذا بدوره ساعد على تطبيق هذه النشاطات والاستفادة منها دون أي تمييز بينهم.

كما يمكن القول بان الفروق بين الأطفال في هذه المرحلة العمرية غير واضحة بدرجة كبيرة ولا تميز بينهم كما يحدث في المراحل العمرية اللاحقة بفعل التغيرات الجسمية والاجتماعية.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسات كل من (الموافي، 1995)، و (السطحية، 1997)، و (المرسي،1998)، و (بدوي، 2005)، و (قزاقزة،2007) التي لم تجد فروقاً دالة إحصائياً بين أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث في خفض حدة الاضطراب بعد تطبيق البرنامج.

الهدف الخامس:- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة(القياس المرجأ بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل وتبعاً لنوعهم (ذكور- إناث).

للتأكد من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي المعد لإغراض البحث الحالي في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط، وذلك من خلال قياس المتابعة (المرجأ بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، وتبعاً لنوعهم (ذكور- إناث). سيتم عرض ومناقشة نتائج الفرضيات الرابعة والخامسة المنبثقة من هذا الهدف وعلى النحو التالي:

الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على انه: (لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج السلوكي ودرجاتهم في التطبيق المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج على مقياس الاضطراب (الصورة

المدرسية) وباستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري ولكوكسن (Wilcoxon) للمجموعات المترابطة لدراسة الفروق بين القياسين للتعرف على التغير الذي حدث لسلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية كما تظهر النتائج في جدول(32).

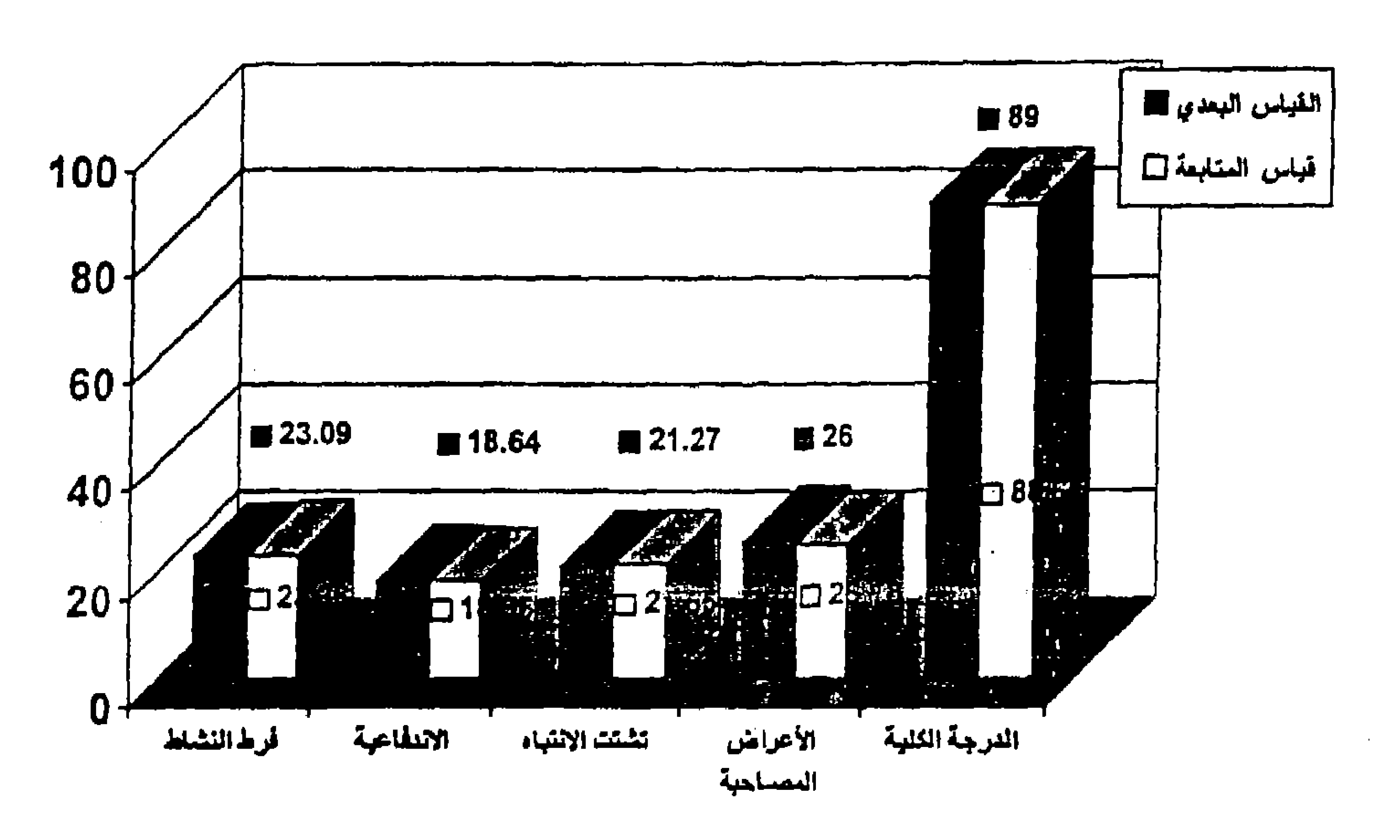
جدول(32)قيم ولكوكسن(T) ودلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) في القياسين البعدي والمتابعة

المجال	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	مجموع الرتب	قيم T المستخرجة	مستوى الدلالة
فرط النشاط	بعدي-المتابعة	سلبي	4	19.0	19	غير دالة
		ايجابي	5	26.0		
		محايد	2			
الاندفاعية	بعدي-المتابعة	سلبي	4	14.0	14	غير دالة
		ايجابي	3	14.0		
		محايد	4			
تشتت الانتباه	بعدي-المتابعة	سلبي	3	12.50	12.5	غير دالة
		ايجابي	4	15.50		
		محايد	4			
الأعراض المصاحبة	بعدي-المتابعة	سلبي	4	23.0	13	غير دالة
		ايجابي	4	13.0		
		محايد	3			
الدرجة الكلية للاضطراب	بعدي-المتابعة	سلبي	4	29.0	26	غير دالة
		ايجابي	6	26.0		
		محايد	1			

قيمة T الجدولية = 11 عند مستوى دلالة (0.05) وعدد الأفراد(11)

يتبين من نتائج جدول (32) إن قيم (T) المستخرجة أكبر من قيمة (T) الجدولية وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. أي لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين مجموع رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين

البعدي والمتابعة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج علـــى مقيـــاس تـــشخيص الاضطراب مما يؤيد صحة هذه الفرضية. وتشير هذه النتيجة إلـــى اســـتمرارية فاعلية البرنامج في تعديل السلوك المضطرب لدى أطفال المجموعة التجريبيـــة. ويمكن توضيح ذلك من خلال توزيع متوسطات درجات الأطفال في المجموعـــة التجريبية بيانياً في القياسين البعدي والمتابعة وكما يظهر في شكل (8)



شكل(8) توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة

يتبين من الشكل (8) أن متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ككل في القياسين البعدي والمتابعة متقاربة إلى درجة كبيرة مما يشير إلى استمرار فاعلية البرنامج.

ويمكن تفسير استمرارية فاعلية البرنامج نتيجة لما حدث من تغيرات فـــي البيئة الصفية من ناحية، واكتساب المربية أساليب فعالة ومناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب من ناحية أخرى، بالإضافة لما حدث للطفل المضطرب نفـــسه مـــن شعور بالرضا والارتياح وحصوله على عبارات الثنـــاء والتـــشجيع مـــن قبـــل

المحيطين به مما شجعهم على أن يستمروا في إظهار السلوكيات الصحيحة والتقليل من السلوكيات الخاطئة على اعتبار أن السلوك المضطرب هو عادات خاطئة متعلمة يمكن أن تستبدل ببعض العادات الصحيحة في ضوء تفسير النظرية السلوكية.

وان عدم حدوث تحسن أكثر مما حدث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج السلوكي يعود إلى أن البرنامج لا يمكن أن يصل في نتائجه إلى مرحلة التعميم وتغيير الأطفال من حالة الاضطراب إلى حالة السواء التام كما يظهر لدى الأطفال العاديين لان هذا يتطلب جهود متكاملة من جوانب مختلفة طبية وتربوية وأسرية والى فترة زمنية طويلة من المتابعة.

الفرضية الخامسة: تنص هذه الفرضية على انه:(لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة).

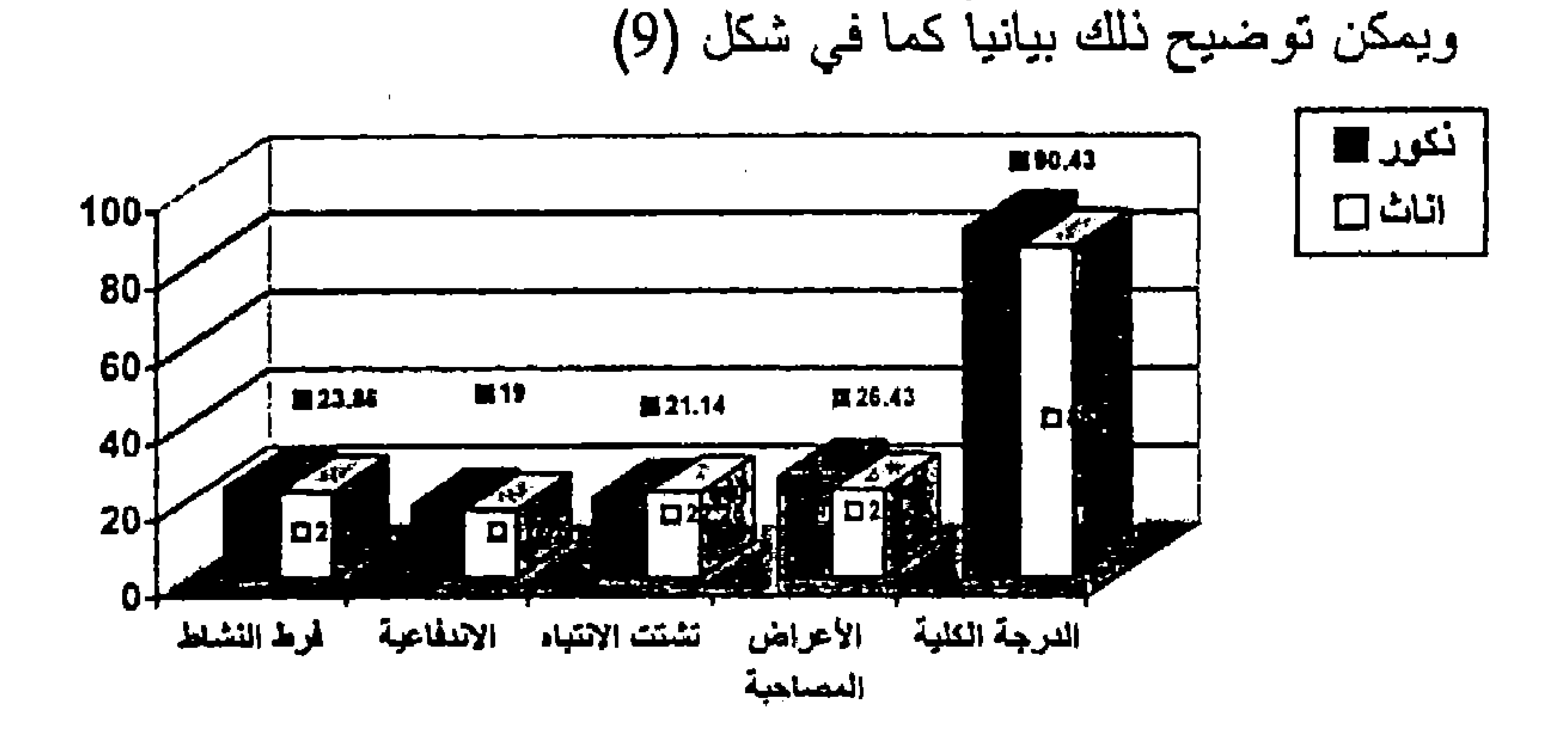
للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الاحصائي اللابارامتري (مان وتني Mann-Whitney) للمجموعات المستقلة للعينات الصغيرة الحجم لدراسة الفروق بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة (المرجأ) بعد مرور شهر من انتهاء موعد التطبيق البعدي لمقياس الاضطراب. كما يظهر في جدول (33).

جدول(33) قيم مان وتني(U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة

المجال	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	قيم U المستخرجة	قيم U الجدولية	مستوى الدلالة
فرط النشاط	الذكور الإناث	7 4	44 22	12	0.57	غير دالة
الاندفاعية	الذكور الإناث	7 4	45 21	11	0.46	غير دالة
تشتت الانتباه	الذكور الإناث	7 4	39 27	11	0.46	غير دالة
الأعراض المصاحبة	الذكور الإناث	7 4	46 20	10	0.37	غير دالة
الدرجة الكلية للاضطراب	الذكور الإناث	7 4	43 23	13	0.68	غير دالة

يتبين من جدول (33) أن قيم (U) الجدولية أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. أي لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر على التطبيق البعدي له. مما يؤيد صحة هذه الفرضية.

ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل (9)



شكل(9) توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة

يتبين من شكل (9) أن متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث متقاربة إلى درجة كبيرة على مقياس المتابعة المرجأ . وتشير هذه النتيجة إلى استمرار فاعلية البرنامج الايجابية في تعديل السلوك المضطرب لدى كل من الأطفال المضطربين من الذكور والإناث.

و يفسر استمرار فاعلية البرنامج لدى كل من الذكور والإناث دون أي اختلاف فيما بينهم بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق إلى استمرارية الظروف المحيطة بهم من قبل مربياتهم وأقرانهم من الأطفال العاديين بعد أن أصبح سلوكهم أكثر قبولاً لديهم ودون أي تمييز بينهم عند مشاركتهم في الأنشطة والفعاليات المتنوعة في الروضة. مما شجعهم على الاستمرار في إظهار السلوك الايجابي لدى كل منهم.

ومن الجدير بالملاحظة في هذه النتيجة إن الإناث المضطربات اظهرنَ تحسناً أفضل إلى حد ما في خفض حدة الاضطراب بعد مرور فترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج من الأطفال المضطربين من الذكور على الرغم من إن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وقد يعزى ذلك إلى أن الأسرة في البيئة اليمنية عندما تتعامل مع الإناث بأسلوب يعزز لديها الممارسات السلوكية المتزنة ولا تشجعها على الممارسات السلوكية ذات النشاط الزائد، في الوقت الذي تكون فيه النظرة إلى سلوك النشاط الزائد لدى الطفل الذكر على انه حالة طبيعية لا يحاسب عنها كثيراً كما تحاسب الأسرة الطفلة الأنثى.

ثانياً:التوصيات.

في ضوء نتائج البحث وما سبقها من عرض نظري يمكن الخروج بعدد من التوصيات وهي الآتي:

4- أن تتبنى وزارة التربية والتعليم مهمة رعاية الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في رياض الأطفال بمدينة تعز وذلك من خلال أنشاء مجموعة دعم

عمل على تقديم برامج تعليمية وتشخيصية متخصصة بالتنسيق مع جهات طبيــة، ,تربوية حكومية وخاصة.

؛- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربيات فـــي الروضـــة علـــى ستخدام مقياس تشخيص الاضطراب المعد في البحث الحالي والمقاييس الأخـــرى :ات العلاقة بموضوع الاضطراب.

6- أن تتولى وزارة التربية والتعليم مهمة تعميم برنامج تعديل السلوك المستخدم في البحث الحالي على جميع رياض الأطفال المنتشرة في مدينة تعز.

7- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربيات في الروضة ومـــدارس التعليم الأساسي على استخدام البرنامج السلوكي لخفض الاضطراب فـــي تعـــديل سلوك الأطفال المضطربين.

8- أن تتولى وزارة التربية والتعليم توفير أنشطة تربوية متنوعة يمكن اســـتخدامها مع الأطفال المضطربين في رياض الأطفال تعمل على خفــض الطاقـــة الحركيـــة المفرطة لديهم.

9- أن تتولى وزارة التربية والتعليم عمـــل موقـــع الكتروني متخـــصص عـــن الاضطراب على شبكة الانترنت بهدف نشر الثقافة العلمية، والتربوية، والطبية.

10- أن تتولى كل من وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة تأســيس لجنـــة متعددة التخصصات من اجل توحيد وتقنين طرق التشخيص والعلاج تضم نخبة من الأطباء والتربويين.

11- أن تقوم وزارة الصحة بتشجيع ودعم إقامة عيـــادات طبيـــة متخصـــصة تتكون من فريق متكامل لتشخيص وعلاج الأطفال المضطربين.

12- أن تقوم إدارة الروضة تنظيم اجتماعات دورية لأولياء الأمور والمربيات في الروضة لدعمهم معنوياً وإعطائهم الفرصة الكافية لتبادل الخبرات والمهـــارات

وأساليب التواصل المناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب داخل وخارج الروضـــة والمنزل.

13- أن تتبنى الجامعات اليمنية تنظيم مؤتمر وطني حـول الاضـــطراب يتنـــاول محاور مختلفة تغطي موضوع الاضطراب من جميع النواحي.

14- أن تهتم أقسام رياض الأطفال في كليات التربية في الجامعات اليمنية بعمـل وتشجيع البحوث العلمية والميدانية المحلية التي تعنى بدراســة وتـشخيص وعــلاج الاضطراب.

15- أن تتولى أقسام رياض الأطفال في كليات التربية تنظيم ورشة عمـل حــول الاضطراب وسبل مواجهته من اجل تطوير المهارات التشخيصية والعلاجية.

16- أن تقوم الجهات الإعلامية إعداد ونشر عدد مـن المطبوعــات الإرشــادية المتعلقة بزيادة المعرفة بالاضطراب والموجهة لفئات مختلفة مثل أوليــاء الأمــور والتربويين والأطباء وغيرهم من ذوي الصلة بالأطفال المضطربين.

17- كما توصي الباحثة اتخاذ بعض الاحتياطات والإرشادات اللازمة للمربيات في الروضة للتخفيف من المظاهر السلوكية للاضطراب ومنها مايلي:-

- جلوس الأطفال المضطربين قرب طاولة المربية و ضمن تنظيم الجلسة في الصف.
- جلوس الأطفال المضطربين في المقدمة وبقية الأطفال خلف ظهورهم وخارج مجال رؤيتهم.
- جعل الأطفال العاديين المحيطين بالأطفال المضطربين من النماذج الجيدة.
- تشجيع تدريس الأقران والتعلم التعاوني.
- تجنب إجراء التغييرات في أماكن جلوس الأطفال المضطربين.
- متابعة الأطفال المضطربين باستمرار خلال تقديم التعليمات الشفوية.
- التأكد من فهم الأطفال المضطربين للتعليمات قبل البدء بالمهمة.
- تسجيل المهمات اليومية في دفتر الملاحظات عند الضرورة.

- استخدام التعزيز ومكافئة السلوك الايجابي أكثر من الميل إلى العقاب للسلوك الخاطئ.
- تغيير المعززات باستمرار حتى لا تفقد فاعليتها بالنسبة للطفل.
- تشجيع الحديث الايجابي للذات عند الطفل مع نفسه.

ثالثاً: المقترحات.

تقترح الباحثة إجراء بعض الدراسات والبرامج المستقبلية الآتية:

1- دراسة أسباب مشكلة تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة.

2- تشخيص الاضطراب لدى الأطفال غير العاديين في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة.

3- تشخيص الاضطراب في مراحل التعليم الأساسي والثانوي.

4- إجراء دراسة مماثلة على الأطفال المضطربين في محافظات الجمهورية اليمنية الأخرى.

5- دراسة العلاقة بين انتشار الاضطراب لدى أطفال الروضة وبعض المتغيرات الديمغرافية للأسرة (المستوى الاجتماعي والثقافي للأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، العلاقات الأسرية)

6- دراسة العلاقة بين الاضطراب وبعض المتغيرات الأخرى(الذكاء، العدوان، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي والاجتماعي للطفل)

7- دراسة العلاقة بين انتشار أعراض الاضطراب وصعوبات التعلم لدى الأطفال في التعليم الأساسي.

8- دراسة العلاقة بين الاضطراب وانحراف الأحداث في سن المراهقة.

9- دراسة اتجاهات المعلمين ومستوى الوعي لديهم عن الاضطراب.

10- دراسة السمات الشخصية للأطفال المضطربين.

11- أساليب معاملة المربيات للأطفال المضطربين في الروضة.

12- فاعلية برنامج دوائي في علاج الأطفال المضطربين.

13- فاعلية برنامج غذائي في علاج الأطفال المضطربين.

14- فاعلية برنامج تدريبي لتعديل سلوك الأطفال المضطربين في المنزل.

15- فاعلية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال المضطربين لتنمية معـــارفهم فـــي التشخيص المبكر للمظاهر السلوكية للاضطراب.

المراجع

أولاً:- المراجع العربية

1- إبراهيم،عبد الستار وآخرون(1993):العلاج السلوكي للطفل. أساليبه ونماذج من حالاته، مجلة سلسلة عالم المعرفة،الكويت:عدد(180) ديسمبر.

2- ـــــــــــ (1998):العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه،ط2،الكويت:الدار العربية للنشر.

3- إبراهيم،علا عبد الباقي(1995): دراسة مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية،أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- جامعة عين شمس.

4- ـــــــــــ (2007):علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك،ط2،القاهرة.

5- أبو جادو،صالح محمد علي(2000):علم النفس التربوي.ط2،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

6- أبو حميدان،يوسف عبد الوهاب(2001):العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة والمجتمع،ط1،العين:دار الكتاب الجامعي.

7-أبو حويج،مروان وآخرون(2000):المدخل إلى علم النفس التربوي،ط1،عمان:دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

8-أبو شعيشع،السيد(2005): الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية،ط1، بنها:جامعة بنها.

9-أبو علام،رجاء محمد وشريف،نادية محمود(1989): الفروق الفردية وتطبيقاتها التربوية،ط1،الكويت:دار القلم.

10- أبو عيطة،سهام درويش(1997):مبادئ الإرشاد النفسي،ط1،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.

11- ـــــــــــ (2002):مبادئ الإرشاد النفسي،ط2،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.

12- أحمد،السيد علي و بدر،فائقة محمد(1999):اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه، ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

13- ـــــــــــ (2000):مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي،القاهرة:مكتبة النهضة المصرية.

14- ــــــــــــ (2004):التنبؤ بالذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد (4)محرم1425هـ- فبراير.

15- الأدغم،رضا أحمد وآخرون(1999):فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربي الانتباه مفرطي النشاط في اللغة العربية، كلية التربية بدمياط-جامعة المنصورة.

16- الأشول،عادل احمد عز الدين(1987): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

17- الأغبري،بدر سعيد علي(2005):دراسة تحليلية لواقع رياض الأطفال في اليمن،مؤتمر الطفولة الوطني الأول من 16-18 يوليو المنعقد في جامعة تعز،اليمن .

18- باركلي،أر(1999): خلل فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال،مجلة العلوم مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

19- باظه،آمال عبد السميع(2003):اضطرابات التواصل وعلاجها،ط1،القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

20- البحيري،عبد الرقيب احمد وعجلان ،عفاف محمد(1997):مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم، القاهرة:مكتبة النهضة المصرية .

21- بخش،أميرة طه(2001):فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً،مجلة الطفولة والتنمية،المجلس العربي للطفولة والتنمية،مجلد(1)عدد(3).

22- بخيت،ماجدة هاشم(2005):فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال الصم،المؤتمر السنوي الثاني عشر،مركز الإرشاد النفسي ،جامعة عين شمس.

23- بدر،فائقة محمد(2005):أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في علاقته بالسلوك العدواني لدى أطفال ماقبل المدرسة،المجلة العربية للتربية الخاصة،عدد(7)،الرياض.

24- بدران،شبل(2000):الاتجاهات الحديثة في تربية طفل ماقبل المدرسة،بيروت:الدار المصرية اللبنانية .

25- بدوي،نورة محمد طه حسن(2005):برنامج إرشادي لتنمية السلوك التوافقي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة،أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- جامعة القاهرة.

26- البصير،نشوى عبد المنعم عبد الله(2004):التدخل السيكولوجي لعلاج بعض حالات نقص الانتباه لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية(دراسة تجريبية)،أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية – جامعة عين شمس.

27- بني يونس،محمد(2004):مبادئ علم النفس،ط1،القاهرة:دار الشرق للنشر والتوزيع.

28- البياتي،عبد الجبار توفيق،و اثناسيوس،زكريا(1977):الإحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس،بغداد: مكتبة الجامعة المستنصرية.

29- الببلاوي،فيولا(1990):مشكلات السلوك عند الأطفال نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.

30- البيلي،محمد عبد الله،وآخرون(1997):علم النفس التربوي وتطبيقاته،ط1،العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

31- تايلر،اليونا ترجمة محمد عثمان نجاتي(1983):الاختبارات والمقاييس،ط1،القاهرة:دار الشروق.

32- جلجل،نصره محمد عبد المجيد(2005):التعلم العلاجي الأسس النظرية والتطبيقات العملية، ط1، القاهرة:مكتبة النهضة المصرية.

33- الحليلي،محمد(2007):(15.5) من الأطفال السعوديين مصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه،صحيفة الوطن السعودية، الصادرة في يوم الاثنين الموافق11 جمادي الأول 1428هـ الموافق 28 مايو2007 العدد(2432) السنة(7).

34- حمودة،محمود عبد الرحمن(1991):الطفولة والمراهقة"المشكلات النفسية والعلاج"،ط1،القاهرة.

35- الخشرمي،سحر احمد(2004):العلاج التربوي والأسري لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه،ط1،الرياض:دار المصمك للدعاية والإعلان.

36- ــــــــــ (2005):فعالية طريقة العد في تخفيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:دراسة تطبيقية على عينة من الأسر السعودية،دراسة مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة العربي الواقع والمأمول،كلية التربية،الجامعة الأردنية.

37- الخطيب،جمال محمد(1990):تعديل السلوك"القوانين والإجراءات"،ط1،الرياض:مكتبة الصفحات الذهبية.

38- ــــــــــ (1995):تعديل السلوك الإنساني،ط3،الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

39- ـــــــــــــ (2001):تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين،الكويت:مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
40- ـــــــــــــ (2004):تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية،ط1،عمان:دار وائل للطباعة والنشر.
41- خلف الله،سلمان(2004): الطفولة المشكلات الرئيسية" التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية" ،ط1،عمان:دار جهينة للنشر والتوزيع.
42- خليفة،وليد السيد وعيسى ،مراد علي(2007): كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه،ط1،الإسكندرية:دار الوفاء للطباعة والنشر.
43- دبيس،سعيد عبد الله والسمادوني،السيد إبراهيم(1998):فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم،مجلة علم النفس العدد(46) القاهرة:الهيئة المصرية العامة للكتاب.
44- الدسوقي،مجدي محمد(2006): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد،ط1،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.
45- دويدار،عبد الفتاح(1995):أسس علم النفس التجريبي،ط1،بيروت:دار النهضة العربية.
46- الراميني،فواز فتح الله(2007):أساليب معالجة الاضطرابات السلوكية،ط1،غزة:دار الكتاب الجامعي.
47- الرشيدي،بشير صالح و السهل،راشد علي(2000):مقدمة في الإرشاد النفسي،ط1،الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
48- الروسان،فاروق(2000):تعديل وبناء السلوك الإنساني،ط1،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.
49- الرويتع ،عبد الله صالح عبد العزيز(2002):اضطراب قصور الانتباه / النشاط الزائد، مجلة الطفولة والتنمية،عدد (6)، مجلد (2) .
50- ريزو،جوزيف.ف و وزابل،روبرت.هـ ج1 ترجمة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1999):تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً النظرية والتطبيق ،الجزء الأول،الإمارات العربية المتحدة:دار الكتاب الجامعي .
51- ـــــــــــــ ج2 ترجمة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1999):تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً النظرية والتطبيق،الجزء الثاني،الإمارات العربية المتحدة:دار الكتاب الجامعي .

52- الزراد،فيصل محمد خير(ب ت):العلاج السلوكي متعدد الأوجه ومدى فاعليته في علاج قلق الامتحان، مجلة الثقافة النفسية ،تصدر عن الجمعية النفسية اليمنية ،عدن: المجلد الثامن.

53- ــــــــــــ (1999): استبيان تشخيص حالات فرط الحركة،مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد(27).

54- الزعبي،احمد محمد (2001):الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية عند الأطفال،عمان: دار زهران للنشر والتوزيع .

55- الزغول،عماد عبد الرحيم(2006):نظريات التعلم،ط2،عمان:دار الشروق للنشر والتوزيع.

56- الزوبعي،عبد الجليل وآخرون(1988):الاختبارات والمقاييس النفسية،ط1،الموصل:مطبعة وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في العراق.

57- الزيات، فتحي مصطفى(1996): سيكولوجية التعلم،ط1،القاهرة:دار النشر للجامعات.

58- ــــــــــــ (1998):صعوبات التعلم الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية،ط1،القاهرة:دار النشر للجامعات.

59- ــــــــــــ (2002): المتفوقون عقلياً ذوي صعوبات التعلم:قضايا التعريف والتشخيص والعلاج،ط1،القاهرة:دار النشر للجامعات.

60- ــــــــــــ (2006): آليات التدريس العلاجي لذوى صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، **المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض (19-2006/11/22).**

61- الزيود،نادر فهمي(1998):نظريات الإرشاد والعلاج النفسي،ط1،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.

62- سالم،ياسر(1994):رعاية ذوي الحاجات الخاصة،ط1،عمان:منشورات جامعة القدس المفتوحة.

63- السطحية، ابتسام حامد محمد(1991):دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال،**رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية-جامعة طنطا .**

64- ــــــــــــ (1997): استخدام كل من"العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة"في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه، **أطروحة دكتوراه غير منشورة ،كلية التربية-جامعة طنطا .**

65- ــــــــــــ (2005):الضبط الكفي لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب قصور الانتباه مع فرط النشاط،**المؤتمر الدولي الأول لقسم علم النفس(تنمية السلوك البشري)**،كلية الآداب،جامعة طنطا.

66- السمادوني،السيد إبراهيم (1990):الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط،دراسة ميدانية المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري،تنشئته ورعايته،مركز دراسات الطفولة،جامعة عين شمس.

67- ــــــــــــ (1991):قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل-كراسة التعليمات،القاهرة:مكتبة النهضة العربية.

68- سيسالم،كمال سالم(2001): اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة"خصائصها ،وأسبابها،وأساليب علاجها"،ط1،العين:دار الكتاب الجامعي.

69- ــــــــــــ (2002):موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي،ط1،العين:دار الكتاب الجامعي.

70- الشخص،عبد العزيز السيد (1985):دراسة لحجم مشكلة النشاط بين الأطفال وبعض المتغيرات المرتبطة به، مجلة كلية التربية-جامعة عين شمس،العدد(9) .

71- ــــــــــــ،والدماطي،عبد الغفار(1992):قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين،ط1،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.

72- ــــــــــــ (2002):تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوي الحاجات الخاصة، القاهرة:مكتبة الفتح.

73- الشربيني،زكريا و صادق،يسرية(2003):تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته،القاهرة:دار الفكر العربي.

74- الشرقاوي،أنور محمد(1984):العمليات المعرفية وتناول المعلومات،ط1،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.

75- ــــــــــــ (1998):التعلم نظريات وتطبيقات، ط5،القاهرة:المكتبة المصرية.

76- شقير،زينب محمود(1999):فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط،مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة المنيا،العدد(34).

77- شقير،زينب محمود(2002):نداء من الابن المعاق،ط1،سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين،القاهرة.

78- شمسان،رضية علي محمد عبد الله (2004):اثر برنامج علاجي (معرفي سلوكي) في مرضى الرهاب الاجتماعي،أطروحة دكتوراه غير منشورة،كلية الآداب-جامعة صنعاء.

79- شيفر،شارلز و ميلمان،هوارد ترجمة نسيمه داوود و نزيه حمدي(1989):مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها،ط1،عمان:منشورات الجامعة الأردنية.

80- ـــــــــــــــ ترجمة سعيد حسنى العــزة (1999):ســيكولوجية الطفولــة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها،ط1،عمان:منشورات الجامعة الأردنية.

81- صالح،قاسم حسين و الطارق،علي(1998):الاضطرابات النفسية والعقلية والــسلوكية،ط1، صنعاء:مكتبة الجيل الجديد.

82- الصوفي،محمد عبد الله(2000):المشكلات السلوكية لدى المعاقين في معهد الشهيد فــضل الحلالي بصنعاء،مجلة الباحث الجامعي،جامعة إب،العدد(2)،الجمهورية اليمنية.

83- الطالب،ضياء محمد منير(1987):دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدي أطفال المدرسة الابتدائية،أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- جامعة عين شمس.

84- الطيب،محمد(1990):الإحصاء في التربية وعلم النفس،ط1،الإسكندرية:المكتبة الجمعية الحديثة.

85- الظاهر،قحطان احمد(2004):تعـ ـ السلوك،ط2،عمان:وائل للنشر والتوزيع.

86- عاشور،احمد حسن محمد(2006): الانتباه والذاكرة العاملة لدى عينات مختلفة مــن ذوي صعوبات التعلم وذوي فرط النشاط الزائد والعاديين،المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض (19-2006/11/22).

87- عباس،محمد خليل وآخرون(2007):مدخل إلــى منــاهج البحــث فــي التربيــة وعلــم النفس،ط1،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

88- عبد الله،محمد قاسم(2000): اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال(دراســة ميدانية على أطفال سوريين)،مجلة الطفولــة العربيــة،الجمعيــة الكويتيــة لتقــدم الطفولــة العربية،العدد(4).

89- عبد الباقي سلوى محمد(2001):فن التعامل مع الطفل،ط1،القاهرة:مركز الإسكندرية للكتاب.

90- عبد السلام،فاروق سيد(1984):دور نظريات التعليم في العلاج النفسي،جامعة أم القرى.

91- عبد الغفار،محمد عبد القادر(1996):علم نفس التعلم،ط2،القاهرة:مكتبة النهضة المصرية.

92- عبــد المعطي،حــسن مــصطفى(2003):الاضــطرابات النفــسية للطفولــة والمراهقة"الأسباب،التشخيص،العلاج"،ط1،القاهرة:مكتبة القاهرة للكتاب.

93- عبد الهادي،السيد و فاروق،السيد عثمان(1994):الإحصاء التربوي والقياس،ط1،القاهرة:دار المعارف.
94- عبد الهادي،جودت عزت(2000):علم النفس التربوي، ط1،عمان:دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
95- عبد الواحد،ورقاء عبد الجليل(2005):الانتباه الانتقائي وعلاقته بالذاكرة العاملة لدى الأطفال،أطروحة دكتوراه غير منشورة ،كلية الآداب- الجامعة المستنصرية.
96- العبيدي،محمد إبراهيم(2008):مفاهيم نفسية، ط2، إب: دار دمشق للطباعة والنشر.
97- عجلان،عفاف محمد محمود(2002):صعوبات التعلم الأكاديمية وعلاقتها بكل من اضطراب القصور في الانتباه-النشاط المفرط واضطراب السلوك لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية،مجلة كلية التربية،جامعة أسيوط، العدد(1)، مجلد(18).
98- عدس،محمد عبد الرحيم(1998):صعوبات التعلم،ط2،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
99- العزة،سعيد حسني وعبد الهادي،جودة عزة(1999):نظريات الإرشاد والعلاج النفسي،ط1،عمان:مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
100- ـــــــــــــ (2001): تعديل السلوك الإنساني،ط1،عمان:الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
101- عكاشة،احمد(1998): الطب النفسي المعاصر،ط1،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.
102- عودة،احمد سليمان(1985):القياس والتقويم في العملية التدريسية،ط1،عمان:المكتبة الوطنية.
103- ـــــــــــــ و الخليلي،خليل يوسف(2000): الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الإنسانية،ط2،عمان: دار الأمل للنشر والتوزيع.
104- الفخراني،خالد إبراهيم(1995):التآزر البصري الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه،بحوث المؤتمر الدولي الثاني للإرشاد النفسي،جامعة عين شمس،القاهرة.
105- فراج،عثمان لبيب(1999):النشاط الحركي الزائد وقصور القدرة على التركيز والانتباه،مجلة خطوة،عدد(8)،الكويت.
106- القلفلي،هناء حسين(2005):مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال في مدارس أمانة العاصمة صنعاء(حجمها، مظاهرها، آثارها)،مؤتمر الطفولة الوطني الأول،جامعة تعز،اليمن.
107- القاسم،جمال وآخرون(2000):الاضطرابات السلوكية،ط1،عمان:دار صفاء للنشر والتوزيع.
108- القبالي، يحيى(2006):دليل الأسرة إلى صعوبات التعلم،ط1،عمان:دار الطريق للنشر والتوزيع.

109- قزاقزة،احمد محمد(2007):اثر التدريب على المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى انتباه الأطفال،مجلة الطفولة العربية الصادرة من الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية،العدد(32).

110- القمش،مصطفى نوري والمعايطة،خليل عبد الرحمن(2007):الاضطرابات السلوكية والانفعالية،ط1،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.

111- كامل،محمد على(2003): الأخصائي النفسي والمدرسي وفرط النشاط واضطراب الانتباه،ط1،الإسكندرية،مركز الإسكندرية للكتاب.

112- كفافي،علاء الدين(1999):الإرشاد والعلاج النفسي والأسري،ط1،القاهرة:دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

113- كوزول،ليونارد وآخرون ترجمة عبد السلام احمدي الشيخ وآخرون(2002):الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية"نظرياً وتطبيقياً"،ط1،طنطا:مطبعة جامعة طنطا.

114- كيرك و كالفانت ترجمة زيدان احمد وعبد العزيز السرطاوي(1984):صعوبات التعلم الأكاديمية و النمائية،ط1،الرياض:مكتبة الصفحات الذهبية.

115- اللقاني،احمد حسين(1996):معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس،ط1،القاهرة:عالم الكتب .

116- ماريون،ماريان ترجمة سهام مناع(1997):توجيه الأطفال،ط1،الهفوف: مطبعة مدارس الإنجاب.

117- ماكنتاير،كريستين ترجمة خالد العامري(2004):أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،ط1،القاهرة:دار الفاروق للنشر والتوزيع.

118- محمد،عادل عبد الله(2003): إرشاد الأمهات لمتابعة تدريب أطفالهن المتخلفين عقلياً على استخدام تداول النشاط المصورة وفاعليته في الحد من نشاطهم الحركي المفرط،سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة،القاهرة:دار الرشاد.

119- ________ (2004):الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات، ط1، القاهرة: دار الرشاد.

120- محمد علي،اشرف صبره (1994):دراسة للنشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط،أطروحة دكتوراه غير منشورة،كلية التربية-جامعة أسيوط.

121- محمد،نجاح عبد الرحيم والحمادي،سارة عبد الرحيم(2005):الاحتياجات التدريبية لمربيات رياض الأطفال (من وجهة نظر المربيات والمديرات)،مؤتمر الطفولة الوطني الأول ،جامعة تعز،اليمن.

122- المرسي،معتز المرسي(1998):بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم، رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية بدمياط-جامعة المنصورة.

123- معوض،محمد عبد التواب(1992):دراسة النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية،رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة المنيا.

124- ملحم،سامي محمد(2001):الإرشاد والعلاج النفسي الأسس النظرية والتطبيقية،ط1،عمان:دار المسيرة للنشر.

125- مليكة،لويس كامل(1989):العلاج السلوكي وتعديل السلوك،ط1،الكويت:دار القلم للنشر والتوزيع.

126- ــــــــــــ (1998):دليل مقياس ستانفورد بينيه(قياس وتقييم القدرات المعرفية في الصحة والمرض)،القاهرة.

127- منظمة الصحة العالمية(1999):المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية، القاهرة:المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

128- الموافي،فؤاد حامد(1995):دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة،مجلة كلية التربية الجزء الأول جامعة المنصورة،العدد(28).

129- ميركولينو وآخرون ترجمة عبد العزيز السرطاوي وأيمن خشان (2000):اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة دليل عملي للعيادين،ط1،دبي:دار القلم للنشر والتوزيع .

130- الميلادي،عبد المنعم عبد القادر(2004):مشاكل نفسية تواجه الطفل،ط1،الإسكندرية:مؤسسة شباب الجامعة.

131- هجرس،مهدي صالح(2003):تصميم البرامج الإرشادية للعاملين في المجال النفسي والتربوي،ط1، صنعاء:مركز عبادي للدراسات والنشر.

132- ــــــــــــ (2006):تصميم البرامج الإرشادية،ط2،إب:دار دمشق للطباعة والنشر.

133- واطسن،ل.س.ترجمة محمد فرغلي فراج وسلوى الملا(1994):تعديل سلوك الأطفال، القاهرة:المركز الثقافي في الشرق الأوسط مكتبة الإسراء.

134- وايدانمان، بوشيل و بيرز، سكولا. ترجمة كريمان بدير(2004): الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة " الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"،ط1،القاهرة:عالم الكتب.

135- وزارة التربية والتعليم في الجمهورية اليمنية،القانون رقم (45) لسنة 1992 بشأن القانون العام للتربية والتعليم الصادر بقوة الدستور ابتداء من 1992/12/31.

136- يحيى،خوله احمد(2000):الاضطرابات السلوكية والانفعالية،ط1،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.

137- ـــــــــ (2003):الاضطرابات السلوكية والانفعالية،ط2،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.

138- يوسف،جمعة سيد(2000):الاضطرابات السلوكية وعلاجها،ط1،القاهرة:دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

139- اليوسفي،مشيرة عبد الحميد احمد(2005):النشاط الزائد لدى الأطفال(الأسباب وبرامج الخفض)،ط1،سلسلة"اشراقات تربوية"،الكتاب الثاني،المركز العربي للتعليم والتنمية،القاهرة:المكتب الجامعي الحديث.

ثانياً:-المراجع الأجنبية

140- Alonso, M, M, (1997): First step program: Infant intervention for parents of children at risk for ADHD, Diss.Abs. Inter., Vol. (59), No. (2-B), p.862.

141- American Academy of pediatrics (AAP). (2001): Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child ADHD, Pediatrics, Vol. (108), No. (4), pp.1033-1044.

142- American Psychiatric Association (APA) . (1968): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.

143- ————————. (1980): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.

144- ————————. (1987): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.

145- ————————. (1994): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.

146- ————————. (2000): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.

147- Anastopoulos, A.D. (1999): Attention-deficit / hyperactivity disorder. In Child and adolescent psychological disorders: Comprehensive Textbook, New York: Oxford University Press, (pp.98-117).

148-——————&Barkley, R.A. (1990): Counseling and training parents. A handbook for diagnosis and treatment, New York: The Guilford Press (pp.397-431).

149-Anastsi, A. (1976): Psychological testing, The Ma Millan, New York.

150-Anderson, C.A. (1994): Mother-child interactions in ADHD and comparison boys. **Journal of Abnormal Child Psychology**, Vol (22), PP-(247-265).

151-Attwood, Charles, (2000): Attention Deficit Disorder, available in .**http://www. Veg- source.Com**/attwood/add.htm.

152-Barkley, R.A. (1990): Attention-deficit/hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

153-————— (a) (1995): A New Theory about ADHD. available in **http:// members.aol.com** /BevKPrice/HTML/web06,html

154-———— (b) (1995): Behavioral inhibition and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. New York: the Guilford press.

155-Bennett, T. &Deluca, D.A. (1996): Families of children with disabilities: positive adaptation across the life cycle. **Social Work in Education**, Vol. (18), No, (1), pp. 31-45.

156-Bergeron, B.M.F (1997): Metamemory knowledge and application in children with ADHD: A developmental perspective. Dissertation in psychology submitted to the graduate faculty of Texas Tech University in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.

157-Berlin, L (2003): The role of inhibitory control and executive functioning in ADHD, PHD, **Diss.Abs. Inter**., Vol. (64-03), No. (4).

158-Biederman, J.& et.al,(1990):Family-genetic and psychological risk factors. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Vol. (29), No. (4).

159-Burrows, F.B (2001): The effect of parental involvement on social skills training for children with and without ADHD, **Diss. Abs. Inter**., Vol. (62-4B).

160-Brown, Thomas, E. (2007): A New Approach to ADHD, **Journal of Educational Leadership** / February.

161-Carney, A.G(2002):An investigation of teachers perspectives regarding ADHD symptoms and teachers behavior ratings of 5-6 year old children diagnosed with ADHD and non-ADHD peers, **PHD**, **Diss.Abs.Inter**., Vol.(63-07), No.(8).

162-Cenacchi, T. & et.al. (1993): "Cognitive decline in the eldery: A double blind, Placebo controlled multi center, study **on efficacy of phosphatidy 1 serine administration**,"Aging, Vol. (5), PP.123-133.

163-Copeland, L.A (2002):_Adaptive processes and the development of executive functions in preschoolers with ADHD in a Head start early childhood program, **PHD, Diss.Abs. Inter.**, Vol. (63-07), No. (9).

164-Corrin, E.G(2003):Child group training versus parent and child group training for young children with ADHD, **PHD, Diss. Abs. Inter.**, Vol. (64-07), No.(2).

165-Dalen, Lindy, (2002): Executive functions and delay aversion in preschool hyperactive children, **PHD, Diss.Abs. Inter.**, Vol. (64-03), No. (3).

166-Danforth, Jeffey S. (1998): Behavior management for hyperactive children with oppositional behavior at home and school. U.S.A: Eastern Connecticut state university.pp.1-9.

167-Dewolfe, Nadine Alison. (1999): Early identification of ADHD: A multidimensional assessment protocol for preschoolers, **Diss. Abs .Inter**. Vol. (60-3B).

168-————————. & et.al. (2000): ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates. **Journal of Developmental Medicine & Child Neurology**, No. (42), pp.825-830.

169-Dincau, Barbara Joan. (2000): Con:orbidity of language disorder with attention deficit hyperactivity disorder in a sample of early elementary children, **Diss. Abs. Inter.**, Vol. (61-IB)

170-Erhardt, Drew & Baker, Brue. (1990): The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children, **Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry**, Vol. (21), No. (2), pp.121-132.

171-——————— & Hinshow, S.P., (1994): Initial sociometric impressions of attention deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. **Journal of consulting and clinical psychology**. Vol. (62), No. (4), pp.833-842.

172-Eghbalieh, B. & et.al (2000): "Parental stimulant effects of alerting and executive control in six and seven years olds, **Journal of Attention Disorders'** Vol. (4), No. (1), PP.102-110.

173-Fark, A. (1997): " Attention deficit hyperactivity disorder to treat or not, " **Journal of American Family physician**, Vol. (56), No. (3), PP.635-650.

174-Fee, V.E. et al., (1994): Attention deficit Hyperactivity disorder among mentally retarded children. **Research in Developmental Disabilities**, Vol. (15), No. (2), pp. 67-79.

175-Feierstein, R.E.S., (1991): The use of guided imagery to increase attention and academic achievement in children with ADHD. **PHD, Diss.Abs. Inter.**, Vol.52-10B, p.5531

176-Ferguson, G.I., & Takane, Y. (1989): statistical analysis in Psychology and education, McGraw – Hill, New York.

177-Flether K, E; &et al., (1996): A sequential analysis of the mother – adolescent interactions of ADHD, ADHD/ ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. **Journal of Abnormal Child Psychology**. No (25), pp. 271 – 297

178-General Nutrition Center Clinics (GNCC), (2002): "ADHD Diet", New York: Gavini Clinics, Available in **http:/www. Adhd clinic. Com.** Generic. Htm 1. PP.1-3.

179-Ghanizadeh Ahmad & et al., (2006): Knowledge and attitudes towards ADHD among elementary school teachers. **Journal of Patient Education and Counseling**, No (63), pp.84-88.

180-Ghosh, Shampa, & Chattopadhyay, Prabal, K., (1993): Application of behavior modification techniques in treatment ADHD: A case report, Indian **Journal of clinical psychology** Vol: (20), No. (2), pp.124-129.

181-Golden, G.S., (1991): Role of ADHD. **Journal of Learning Disables**, Seminars in Neurology, Vol. (11), No (1), P.3541.

182-Goldstein, S. B. & et.al (1995): Understanding and Managing Children's Classroom Behavior, New York: John Wiley & Sons, Inc.

183-―――――――― & Goldstein M. (1992). Hyperactivity: Why won't my child pay attention? New York : John Willey and Sons, Inc

184-Greenson, J.N. (2001): A longitudinal study of ADHD symptoms in preschool age children. **PhD, Utah State University.**

185-**http://www.health system. Virginia .edu** /internet/hsp/ adhd school system .cfm.

186-Holtmann, M &et al., (2003): Increased Frequency of Rolandic Spikes in ADHD Children. **Journal of the Central Institute of Mental Health in Germany**, No. (9), pp.1241-1244.

187-Hunt, R. D & et al., (1991): Alternative Therapies For Adhd .In L.L. Greenhil, and B.B. Osman (Eds), Ritalin Theory and patient Management (pp.75-95) New York : Mary Ann Liebert.

188-Hynd , G. W & et al (1989):Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity :Reaction Time and Speed of Cognitive Processing, **Journal of Learning Disabilities** ,Vol.(22).No.(9)

189-Jeensen, Peters s.& Pfeffer, Cynthia, (1997): Evaluation and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation, **Journal of the American Academy for Child and Adolescent psychiatry**, Vol.(36),No.(12), pp.1572-1679.

190-Jones, C.B. (1991): Sourcebook For Children With Attention Deficit Disorder, Arizona: Communication Skill Builders. Inc.

191-Kerlinger, F. (1973): Foundation of behavioral research, Holt, Rinehart and Winston, London.

192-Lauth, Gerhard W., & Linderkamp, Friedrich (1998):_Formative evaluation of an intervention program for ADHD, Journal of psychology in Erziehung and Unterricht, Vol. (45), No (2), pp.81-91.

193-Lombard , J & Germano , C , (1998) :_"The Brain wellness plan –Breakthrough medical" Nutritional and Immune boosting therapies to prevent and treat depression , Alzheimer's disease , chronic fatigue syndromes , attention deficit disorder multiple sclerosis , Parkinson's disease , Lou Gehrig's disease , " New York ; Kensington publishing Co., PP191-198.

194-Loon, M,(2000):_"Effects of caffeine on cognitive psychomotor, and affective performance of children with attention deficit/hyperactivity disorder, " **Journal of Attention Disorder**,Vol.4, No.(1),PP.134

195-Marks,David,Jeffrey,(2003):Clinical and neuropsychological manifestation of ADHD in preschool children , **PHD**, **Diss. Abs .Inter**., Vol. (64-08), No.(1).2002-2005

196-Marshall, J.C. (1972):_Essentials of testing, Addison Wesley, California

197-Mautner Victor-F (2002): Treatment of ADHD in neurofibromatosis type 1. **Journal of Developmental Medicine& child Neurology**, No. (44), pp.164-170

198-McAdam, D.B. & Cuvo, A.J. (1994): Textual prompts as an antecedent cue self-management strategy for person with mild disabilities. **Journal of Behavior Modification**, Vol, (18), No, (1),pp. 47-66

199-McKee, T. & et al. (2004): The relation between parental coping styles and parent-child interaction before and after treatment for children.

200-Mealer, C. & et al. (1996): Cognitive function of ADHD and non-ADHD boys on WISC-III and wide range assessment of memory and learning: An analysis within a memory model, **Journal of Attention Disorder**.Vol. (1), No. (3), pp.133-145.

201-Mehrens, W.A, &Lehmanm, I. (1984): Measurement and Evaluation in education and psychology, Holt, Rineha and Winston, New York.

202-Meyer Robert G. (2006): Case Studies in Abnormal Behavior, 7th ed. Boston.

203-Miranda Ana & et al. (2002): Effectiveness of a School – Based Multi component Program for the Treatment of Children with ADHD, **Journal of Learning Disabilities** .Vol (35), No. (6), November pp.547-563.

204-National Institute of Mental Health NIMH (2006): ADHD your child and you, a workbook for parents, U.S.A., available on-line, **http: //www.Value options. Com**/member adhd final PDF, PP.1-20

205-National Mental Health Association NMHA (2001): Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Information Obtained From The C.H.A.D.D Fact Sheet: Attention Deficit Disorders Not Just For Children.

206-Norrelgen Fritjof& et.al (1999): Speech discrimination and phonological working memory in children with ADHD. **Journal of Developmental Medicine& child Neurology**, No. (41), pp. 335-339.

207-Oppenheim, A.N. (1973): Question design and attitude Measurement Heinemann, London.

208-Paniagua, freddy training A., & et.al (1990): Management of hyperactive conduct disorder child through correspondence: A preliminary study, **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, Vol. (21), No. (1) pp.63-68.

209-Paul, H.D. (1985): Learning and Behavior Problems Of School Children , London: W.B. Saunders Company.

210-Pelham, W. & Beder, M. (1982): Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K, Gadow & I. Bialer (Eds.), Advances in learning and behavioral disabilities .Vol. (1), pp.365- 4360

211-Pereira Heloisa, S. (2000): Detrimental neural control of precision grip lifts in children with ADHD. **Journal of Developmental Medicine& child Neurology**, No. (42), pp.545-553.

212-Pitcher Thelma, M.& et.al (2003): Fine and gross motor ability in males with ADHD . **Journal of Developmental Medicine & Child Neurology**, No(45),pp. 525-535.

213-Peter, S. & et.al (1993): Anxiety and Depressive Disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: New Findings, **Journal of Psychiatry**, 150, 8, PP: 1203-1209.

214-Rapoport, J.(1996): Neurological research update on attention deficit disorders. Paper presented at the annual meeting of CH.A.D.D, Chicago, II .

215-Schachar, R. & et.al (2002): Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. **Journal of Abnormal Child psychology**, Vol (28), No (3), pp. 227-235.

216-Shelton. T. & et.al (1998): Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive, impulsive, inattention, **Journal of Abnormal child psychology**, Vol. (26), No. (6), pp.475-494.

217-Stanley, C. J., & Hopkins, K .D. (1972): Educational and psychological measurement and evaluation, prentice - Hall, New Jersey.

218-Steger, J. & et.al. (2001): Attention and neuromotor deficits in ADHD. Journal of Developmental Medicine& child Neurology No (43), pp.172-179.

219-Strauss, D. & Eyman, R.E. (1996). Predictors of mortality in children with severe mental retardation: the Effect of placement. **American Journal of Public Health**, Vol. (86), No. (10), pp.1422-1430.

220-Swanson, J.& et.al., (1993):Effect of stimulant medication of children with attention deficit disorder: A review of reviews, **Journal of Exceptional children.** Vol.(60),PP.154-162

221-Tannock, R. & Schachar, R., (1992): Methylphenidate and cognitive preservation in hyperactive children, **Journal of Child Psychology Psychiatry**, Vol. (33), No. (7), pp.1217-1228.

222-Thorell Lisa B. & Wahlstedt Cecilia, (2006): Executive Functioning Deficits in Relation to Symptoms of ADHD and / or ODD in Preschool Children, **Journal of Infant and Child Development**, No (15), pp.503-518.

223-Thomas, Michael, Scott, (2000): Variables effecting treatment outcome of children with ADHD, **Diss. Abs .Inter**, Vol. (60-11B).

224-Todd ,Nelson Barbara M.(1997) :An assessment of a generalization across setting of a parenting strategies programs for ADHD children , **Diss. Abs .Inter**., Vol .(58), No.(10)B, P.5634.

225-ED Pubs U .S .Department of Education (2004):Teaching Children with ADHD instructional strategies and practices, Education Publications Center, U .S .Department of Education, Jessup, Maryland.

226-Watson, B. (1995): Effects of cooperative incentives and heterogeneous arrangement on achievement and interaction of cooperative learning groups in a collage life science course, **Journal of research in science teaching**, Vol (32), No. (3), PP.291-299.

227- Weaver, John. (2000): "Attention deficit hyperactivity disorder," stress Management Mental Health clinics, an available online, **http:/www. Stress management chinic.Com**/articles.htm p.1-5

228- Whalen, C.K. (1989): Handbook of Child Psychology (second Ed), New York: Plenum Press.

229- Zentall, S.S., (2000): Attention deficit hyperactivity disorder, Part 4, an available in **http://www.Kidsource.Com** /NICHCY/ADD4.html, PP.1-5.

الملاحق

ملحق(1)مقياس تشخيص الاضطراب بصورتيه(المدرسية والمنزلية) بصيغته الأولية

1- مجال تشتت الانتباه:- ويعرف بأنه " ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل الروضة" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- ينتقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .					
2- يصعب عليه التركيز وحصر انتباهه نحو موضوع محدد.					
3- ينسى حاجاته الأساسية باستمرار.					
4- يميل للأنشطة التي لا تتطلب التركيز.					
5- يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.					
6- لا يستكمل عباراته عندما يتحدث مع الآخرين.					
7- يخطأ في عمل الأشياء سبق وان تعلمها.					
8- يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم انتقال المربية إلى موضوع جديد.					
9- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.					
10- يشغل نفسه بما يحيط به داخل الفصل.					
11- يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.					
12- ينسى أسماء بعض الأشياء والزملاء.					
13- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.					
14- يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.					

2- مجال فرط النشاط الحركي:ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل الفصل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
15- غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.					
16- يصطنع الأسباب للخروج من الفصل.					
17- يصدر أصوات تزعج الآخرين داخل الفصل.					
18- حركاته عشوائية وغير موجة إلى هدف معين.					
19- يصدم بالأشياء التي حوله.					
20- يعبث أثناء جلوسه بأي شئ يقع تحت يديه.					
21- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.					
22- يتعرض للحوادث باستمرار.					
23- يميل للألعاب والنشاطات الحركية.					
24- يحرك أعضاء جسمه.					
25- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.					
26- يقفز في مواقف غير مناسبة.					
27- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.					
28- يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.					
29- ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.					
30-يعتدي بالضرب أو الركل على الأطفال في الفصل.					

3- **مجال الاندفاعية:-** ويعرف بأنه " عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل الفصل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
31- يغضب بسرعة.					
32- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.					
33- يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع السؤال كاملاً.					
34- يستعجل لتلبية رغباته.					
35- يتصرف دون التفكير بالعواقب.					
36- يخطئ عند ممارسته للأنشطة مما يزيد في أخطائه.					
37- حساس اتجاه النقد.					
83- يتذمر من انتظار دوره.					
39- يستعجل الكلام قبل أن يستكمل الآخرون كلامهم.					
40- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.					
41- يبكي لأبسط الأسباب.					
42- يندفع في سلوكه دون التفكير بعواقبه.					
43- متقلب المزاج.					

4- مجال الأعراض المصاحبة:- ويعرف بأنه " مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته داخل الفصل وخارجه".

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
44- يتصرف بطريقة فوضوية.					
45- عنيد .					
46- قدرته على التحمل منخفضة.					
47- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.					
48- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.					
49- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.					
50- يعاني من صعوبة في التعلم.					
51- يخطأ في عمل المهام التي سبق وان تعلمها.					
52- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.					
53- يفقد أصدقائه بسرعة .					
54- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.					
55- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.					
56- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من اقرانه.					

مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المنزلية)

1- مجال تشتت الانتباه:- ويعرف بأنه " ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل المنزل" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- يخطئ في عمل الأشياء .					
2- يصعب عليه تركيز انتباهه نحو شئ محدد.					
3- ينسى أسماء بعض الأشياء والزملاء					
4- يبدو عند الحديث معه وكأنه لا يسمع .					
5- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.					
6- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.					
7- يردد بعض الكلمات أو العبارات التي يسمعها					
8- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.					
9- يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب التفكير.					
10- يجد صعوبة في إتباع التوجيهات.					
11- ينتقل من نشاط لآخر قبل اكتماله					

2- مجال فرط النشاط الحركي:ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل المنزل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
12- غير مستقر ويحرك يديه ورجليه .					
13- يصطنع الأسباب للخروج من المنزل.					
14- يحدث الصخب والضوضاء داخل المنزل.					
15- يصطدم بالأشياء التي حوله.					
16- يعبث في الأشياء التي تقع في متناول يده.					
17- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين والعابهم(أخوانه،أو أقاربه،أو جيرانه).					
18- يتعرض للحوادث باستمرار.					
19-حركاته عشوائية وغير موجه لهدف.					
20- يميل للألعاب والنشاطات الحركية.					
21- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل المنزل وخارجه.					
22- يجري ويقفز أثناء تحركه داخل المنزل.					
23- يتشاجر مع أخوانه وأقاربه وأولاد الجيران.					

3- **مجال الاندفاعية:-** ويعرف بأنه " عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل المنزل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
24- يغضب بسرعة.					
25- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.					
26- متسرع في استجاباته ويتفاعل مع المواقف داخل المنزل بدون تفكير.					
27- يستعجل لتلبية رغباته.					
28- يتصرف دون تفكير ويعرض حياته للخطر.					
29- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.					
30- يتذمر عندما ينتقد سلوكه الخاطئ.					
31- يصعب عليه الانتظار في الألعاب والمواقف الاجتماعية.					
32- يقاطع الوالدين عندما يتحدثون مع الأخرين.					
33- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.					
34- يبكي لأبسط الأسباب.					
35- متقلب المزاج.					

4- **مجال الأعراض المصاحبة:-** ويعرف بأنه " مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته داخل المنزل وخارجه.

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
36- يبعثر حاجياته وملابسه الخاصة .					
37- عنيد .					
38- سريع الإحباط.					
39- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.					
40- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.					
41- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.					
42- يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.					
43- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.					
44- قدرته على التحمل منخفضة.					
45- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من عمره.					
46- يكثر من الكذب أثناء حديثه.					
47- يعاني من صعوبة في التعلم.					
48- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.					

ملحق(2)

أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته الأولية ودرجاتهم وتخصصاتهم العلمية ومكان عملهم

م	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الكلية	الجامعة
1	أ.د.عبد الرقيب البحيري	أستاذ	صحة نفسية	التربية	أسيوط
2	أ.د.عبد المطلب القريطي	أستاذ	صحة نفسية	التربية	حلوان
3	أ.د.قبيل كودي حسين	أستاذ	علم النفس التربوي	الآداب	تعز
4	أ.د.مهدي صالح هجرس	أستاذ	علم النفس التربوي	التربية	إب
5	أ.د.أحمد علي الأميري	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
6	أ.د.اعتماد حسين السيد	مشارك	تمريض أطفال	الطب	تعز
7	أ.د.ألطاف رمضان إبراهيم	مشارك	قياس وتقويم	التربية	عدن
8	أ.د.أنيسة عبده مجاهد دوكم	مشارك	صحة نفسية	التربية	تعز
9	أ.د.خديجة احمد السياغي	مشارك	تربية خاصة	التربية	تعز
10	أ.د.نبيل صالح سفيان	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
11	أ.د.مسعد النجار	مشارك	إرشاد نفسي	الآداب	ذمار
12	أ.د.وصال محمد الدوري	مشارك	صحة نفسية	التربية	بغداد
13	د.حيدر إبراهيم العطار	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
14	د.صادق عبده سيف المخلافي	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
15	د.محمد سعيد سلامة	مساعد	صحة نفسية	الآداب	تعز

ملحق(3)

مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته المعدلة(الصورة المدرسية)

1- مجال تشتت الانتباه:- ويعرف بأنه " ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل الروضة".

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- ينتقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .					
2- يصعب عليه التركيز وحصر انتباهه نحو موضوع محدد.					
3- ينسى أشياءه الشخصية ومسميات بعضها.					
4- يميل للأنشطة التي لا تتطلب التركيز.					
5- يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.					
6- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.					
7- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.					
8- يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم انتقال المربية إلى موضوع جديد.					
9- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.					
10- يشغل نفسه بما يحيط به داخل الفصل.					
11- يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.					
12- يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.					

2- مجال فرط النشاط الحركي: ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم

الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل الفصل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.					
2- يصطنع الأسباب للخروج من الفصل.					
3- يصدر صخباً يزعج الآخرين داخل الفصل.					
4- ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.					
5- يصدم بالأشياء التي حوله.					
6- يعبث بأي شيء يقع تحت يديه.					
7- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.					
8- يتعرض للحوادث باستمرار.					
9- يميل للألعاب والنشاطات الحركية.					
10- يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.					
11- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.					
12- يقفز في مواقف غير مناسبة.					
13- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.					

3-مجال الاندفاعية:- ويعرف بأنه " عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل الفصل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- يغضب بسرعة.					
2- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.					
3- يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع السؤال كاملاً.					
4- يستعجل لتلبية رغباته.					
5- يتصرف دون التفكير بالعواقب.					
6- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.					
7- حساس اتجاه النقد.					
8- يتذمر من انتظار دوره.					
9- يقاطع كلام الآخرين.					
10- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.					
11- يبكي لأبسط الأسباب.					

4- مجال الأعراض المصاحبة:- وهي مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته، وتصرفاته داخل الفصل وخارجه .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- متقلب المزاج.					
2- يتصرف بطريقة فوضوية.					
3- يتسم بالعناد والمعارضة.					
4- يشعر سريعاً بالإحباط.					
5- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.					
6- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.					
7- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.					
8- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.					
9- يخطأ في عمل المهام التي سبق وان تعلمها.					
10- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.					
11- يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.					
12- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.					
13- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.					
14- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من اقرانه.					
15- يكثر من الكذب أثناء حديثه.					

(الصورة المنزلية)

1- مجال تشتت الانتباه:- ويعرف بأنه " ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل المنزل " .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- ينتقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .					
2- يصعب عليه التركيز وحصر انتباهه نحو موضوع محدد.					
3- ينسى أشياءه الشخصية ومسميات بعضها.					
4- يميل للأنشطة التي لا تتطلب التركيز.					
5- يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.					
6- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.					
7- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.					
8- يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم انتقال الأم إلى موضوع جديد.					
9- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.					
10- يشغل نفسه بما يحيط به داخل المنزل.					
11- يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.					
12- يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.					

2- **مجال فرط النشاط الحركي:** ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل المنزل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.					
2- يصطنع الأسباب للخروج من المنزل.					
3- يصدر صخباً يزعج الأخرين داخل المنزل.					
4- ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.					
5- يصدم بالأشياء التي حوله.					
6- يعبث بأي شيء يقع تحت يديه.					
7- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.					
8- يتعرض للحوادث باستمرار.					
9- يميل للألعاب والنشاطات الحركية.					
10- يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.					
11- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل المنزل وخارجه.					
12- يقفز في مواقف غير مناسبة.					
13- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.					

3-مجال الاندفاعية:- ويعرف بأنه " عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل المنزل وخارجه" .

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- يغضب بسرعة.					
2- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.					
3- يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع السؤال كاملاً.					
4- يستعجل لتلبية رغباته.					
5- يتصرف دون التفكير بالعواقب.					
6- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.					
7- حساس اتجاه النقد.					
8- يتذمر من انتظار دوره.					
9- يقاطع كلام الآخرين.					
10- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.					
11- يبكي لأبسط الأسباب.					

4-مجال الأعراض المصاحبة:- ويعرف بأنه " مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته داخل المنزل وخارجه.

الفقرات	مدى مناسبتها للمجال		صياغة الفقرة		التعديل المناسب
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	
1- متقلب المزاج.					
2- يتصرف بطريقة فوضوية.					
3- يتسم بالعناد والمعارضة.					
4- يشعر سريعاً بالإحباط.					
5- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.					
6- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.					
7- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.					
8- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.					
9- يخطأ في عمل المهام التي سبق وان تعلمها.					
10- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.					
11- يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.					
12- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.					
13- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.					
14- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من اقرانه.					
15- يكثر من الكذب أثناء حديثه.					

ملحق(4)

أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب بعد التعديل ودرجاتهم وتخصصاتهم العلمية ومكان عملهم

م	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الكلية	الجامعة
1	أ.د.قبيل كودي حسين	أستاذ	علم النفس التربوي	الآداب	تعز
2	أ.د.مهدي صالح هجرس	أستاذ	علم النفس التربوي	التربية	إب
3	أ.د.احمد علي الأميري	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
4	أ.د.اعتماد حسين السيد	مشارك	تمريض أطفال	الطب	تعز
5	أ.د.أنيسة عبده مجاهد دوكم	مشارك	صحة نفسية	التربية	تعز
6	أ.د.خديجة احمد السياغي	مشارك	تربية خاصة	التربية	تعز
7	أ.د.محمد العبيدي	مشارك	علم النفس التربوي	التربية	إب
8	أ.د.نبيل صالح سفيان	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
9	د.حيدر إبراهيم العطار	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
10	د.صادق عبده سيف المخلافي	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
11	د.نبيل احمد المخلافي	مساعد	علم النفس التربوي	التربية	تعز
12	د.محمد سعيد سلامة	مساعد	صحة نفسية	الآداب	تعز

ملحق(5)

مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته النهائي (الصورة المدرسية)

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخت المربية الفاضلة

تحية طيبة وبعد

نظراً للخبرة التي تتمتعين بها في التعامل مع أطفال الروضة وما تمتلكينه من قدرات في التعرف إلى الأطفال الذين يواجهون بعض المشكلات السلوكية التي قد تظهر عليهم بشكل واضح في تصرفاتهم اليومية سواء داخل الفصل أو خارجه والمتمثلة بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي والاندفاعية وأعراض أخرى مصاحبة، لذا نرجو تفضلك بالإجابة على المقياس لتشخيص سلوك الطفل المضطرب بتشتت الانتباه وفرط النشاط وذلك من خلال التأشير على حدة حدوث السلوك الذي تجدينه ينطبق عليه أمام كل فقرة من فقرات المقياس علماً أن إجابتك الدقيقة ذات أهمية كبيرة في الكشف عن هؤلاء الأطفال أولاً ومن ثم وضع برنامج تدريبي لتعديل سلوكهم مستقبلاً ثانياً،وأن إجابتك سوف لن يطلع عليها احد وهي لإغراض البحث العلمي ونحن نقدر لك الجهود التي ستبذلينها في الإجابة على المقياس للوصول إلى نتائج موضوعية تخدم أهداف البحث العلمي،ونتمنى لك دوام الصحة والنجاح في أداء رسالتك العلمية.

*الرجاء الإجابة على البيانات الأولية الآتية:

اسم الروضة:

أسم الطفل:

جنس الطفل:

فصل الطفل:

عمر الطفل:

الفقرات	حدة حدوث السلوك			
	يحدث دائماً	يحدث أحيانا	يحدث نادراً	لا يحدث
1- ينتقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .				
2- يصعب عليه التركيز وحصر انتباهه نحو موضوع محدد.				
3- ينسى أشياءه الشخصية ومسميات بعضها.				
4- يميل للأنشطة التي لا تتطلب التركيز.				
5- يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.				
6- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.				
7- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.				
8- يردد بعض الكلمات أو العبارات من الموضوعات السابقة				
9- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.				
10- يشغل نفسه بأمور ثانوية داخل الفصل.				
11- يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.				
12- يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.				
13- غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.				
14- يصطنع الأسباب للخروج من الفصل.				
15- كثير الصخب داخل الفصل.				

16- ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.				
17- يصدم بالأشياء التي حوله.				
18- يعبث بأي شيء يقع تحت يديه.				
19- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.				
20- يتعرض للحوادث باستمرار.				
21- يميل للألعاب الصاخبة والنشاطات الحركية غير المنضبطة.				
22- يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.				
23- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.				
24- يقفز دون مناسبة.				
25- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.				
26- يغضب بسرعة.				
27- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.				
28- يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع السوال كاملاً.				
29- يستعجل لتلبية رغباته.				
30- يتصرف دون التفكير بالعواقب.				
31- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.				
32- حساس اتجاه النقد.				
33- يتذمر من انتظار دوره.				
34- يقاطع كلام الآخرين.				

35- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.				
36- يبكي لأبسط الأسباب.				
37- متقلب المزاج.				
38- يتصرف بطريقة فوضوية.				
39- يتسم بالعناد والمعارضة.				
40- سريع الإحباط.				
41- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.				
42- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.				
43- يصعب عليه التعرف على حرف معين في الكلمات التي تعرض عليه.				
44- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.				
45- يخطأ في عمل المهام التي سبق وان تعلمها.				
46- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.				
47- يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.				
48- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.				
49- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.				
50- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من اقرأنه.				
51- يكثر من الكذب أثناء حديثه.				

(الصورة المنزلية)

بسم الله الرحمن الرحيم

الأم الفاضلة

تحية طيبة وبعد

نظراً للخبرة التي تتمتعين بها في التعامل مع طفلك المسجل في الروضة وما تمتلكينه من قدرات في التعرُف إلى المشكلات السلوكية التي قد تظهر عليه بشكل واضح في تصرفاته اليومية سواء داخل المنزل أو خارجه والمتمثلة بتشتت الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية وأعراض أخرى مصاحبة، لذا نرجو تفضلك بالإجابة على مقياس التشخيص الذي بين يديك والتعرف إلى سلوك طفلك وما عليك سوى قراءة كل فقرة والتأشير على حدة حدوث السلوك الذي تجدينه ينطبق عليه أمام كل فقرة من فقرات المقياس علماً أن إجابتك الدقيقة ذات أهمية كبيرة في الكشف عن سلوكه أولاً ومن ثم وضع برنامج تدريبي لتعديل هذا السلوك مستقبلاً ثانياً، وأن أجوبتك سوف لن يطلع عليها احد سوى الباحثة وهي لإغراض البحث العلمي ونحن نقدر لك الجهود التي ستبذلينها في الإجابة على المقياس للوصول إلى نتائج موضوعية تخدم أهداف البحث العلمي،ونتمنى لك دوام الصحة والنجاح

*الرجاء الإجابة على البيانات الأولية الآتية:

اسم الروضة:

أسم الطفل:

جنس الطفل:

فصل الطفل:

عمر الطفل:

الفقرات	حدة حدوث السلوك			
	يحدث دائماً	يحدث أحيانا	يحدث نادراً	لا يحدث
1- يخطئ في عمل الأشياء التي سبق أن تعلمها .				
2- يصعب عليه تركيز انتباهه نحو شئ محدد.				
3- ينسى في المنزل بعض الأشياء التي يحتاجها في الروضة.				
4- يبدو عند الحديث معه وكأنه لا يسمع .				
5- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.				
6- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.				
7- يردد بعض الكلمات أو العبارات التي يسمعها .				
8- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.				
9- يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب التفكير.				
10- يجد صعوبة في إتباع التوجيهات.				
11- يتحرك ولا يستقر في مكانه .				
12- يصطنع الأسباب للخروج من المنزل.				
13- يحدث الصخب والضوضاء داخل المنزل.				
14- يصطدم بالأشياء التي حوله.				
15- يعبث في الأشياء التي تقع في متناول يده.				
16- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم(أخوانه،أو أقاربه،أو جيرانه).				

17- يتعرض للحوادث باستمرار.				
18- يميل للألعاب الصاخبة والنشاطات الحركية غير المنضبطة.				
19- يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل المنزل وخارجه.				
20- يجري ويقفز أثناء تحركه داخل المنزل.				
21- يتشاجر مع أخوانه وأقاربه وأولاد الجيران.				
22- يغضب بسرعة.				
23- يصعب السيطرة على سلوكه عندما يخرج مع الأسرة.				
24- متسرع في استجاباته ويتفاعل مع المواقف داخل المنزل بدون تفكير.				
25- يطلب تنفيذ رغباته في الحال وقد يلجأ إلى البكاء أو الصراخ.				
26- يتصرف دون تفكير ويعرض حياته للخطر.				
27- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.				
28- يتذمر عندما ينتقد سلوكه الخاطئ.				
29- يصعب عليه الانتظار في الألعاب والمواقف الاجتماعية.				
30- يقاطع الوالدين عندما يتحدثون مع الأخرين.				
31- يستجيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع الموقف.				
32- يبكي لأبسط الأسباب.				
33- متقلب المزاج.				
34- يبعثر حاجياته وملابسه الخاصة .				

35- يتسم بالعناد والمعارضة.				
36- سريع الإحباط.				
37- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.				
38- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.				
39- يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين.				
40- يكسب أصدقاءه ويفقدهم بسرعة.				
41- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.				
42- يتغيب عن الروضة بدون مبرر.				
43- يسلك بشكل يبدو فيه اصغر من عمره.				
44- يكثر من الكذب أثناء حديثه.				

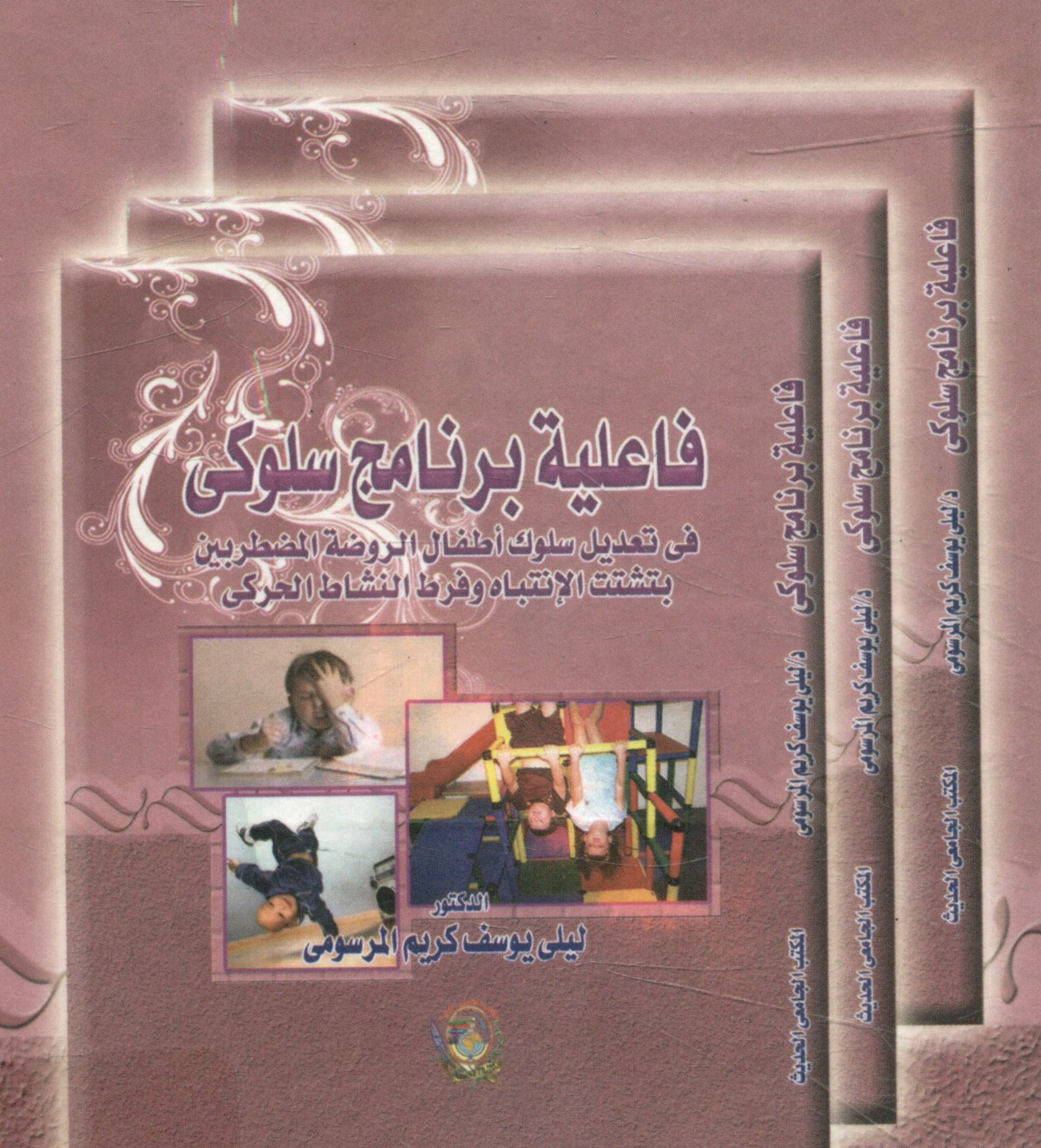
ثبت الجداول

عنوان الجدول

ثبت الأشكال

ثبت الملاحق

فهرس الموضوعات





المكتب الجامعى الحديث
مساكن سوتير- أمام سيراميكا كليوباترا
عمارة (5) مدخل 2 الأزاريطة - الإسكندرية
تليفاكس : 00203/4865277 - تليفون : 00203/4818707
E-Mail : modernoffice25@yahoo.com